Absceso hepático secundario a excepcional cuerpo extraño

Hepatic abscess secondary to exceptional foreign body

David Castellano* Andrea Garcete* Guido Parquet* José Ávila** Rosa Sánchez* Aurora Rojas*

Instituto de Previsión Social (HC-IPS), Paraguay

RESUMEN

Se presenta una serie de tres casos de abscesos hepáticos secundarios a la ingestión de cuerpos extraños. La presentación clínica de esta entidad es variable, lo que dificulta su diagnóstico oportuno. Un alto índice de sospecha clínica, el uso de estudios de imagen y, en algunos casos, la endoscopia, son cruciales para identificar la causa subyacente del absceso. En todos los casos recibieron tratamiento con antibiótico. El tratamiento definitivo requirió drenaje quirúrgico y extracción del cuerpo extraño en dos de los tres casos, con resultados postoperatorios favorables. Y, en uno, se resolvió con Endoscopía Digestiva Alta (EDA) y Punción Aspirativa con Aguja Fina (PAAF) de forma exitosa. Esta serie de casos destaca la importancia de considerar la ingestión de cuerpos extraños en pacientes con absceso hepático, incluso sin antecedentes claros, para asegurar un manejo adecuado.

Palabras claves: Absceso hepático; perforación intestinal; cuerpo extraño.

ABSTRACT

A series of three cases of hepatic abscesses secondary to foreign body ingestion is presented. The clinical presentation of this condition is variable, which complicates timely diagnosis. A high level of clinical suspicion, imaging studies, and in some instances, endoscopy, are essential to identify the underlying cause of the abscess. All cases received antibiotic treatment. Definitive treatment required surgical drainage and foreign body extraction in two of the three cases, with favorable postoperative outcomes. In one case, resolution was achieved through Upper Digestive Endoscopy (EDA) and Fine Needle Aspiration (FNA-US) successfully. This case series emphasizes the importance of considering foreign body ingestion in patients with hepatic abscesses, even in the absence of clear histories, to ensure proper management.

Keywords: Hepatic abscess; intestinal perforation; foreign body

INTRODUCCIÓN

Se presenta una serie de casos de pacientes con abscesos hepáticos secundarios a la ingestión de cuerpos extraños, una causa infrecuente de esta condición clínica. Los casos demuestran la variabilidad en la presentación clínica de esta entidad, lo que dificulta su diagnóstico oportuno. Se destaca la importancia de un alto índice de sospecha clínica con insistencia en la correcta anamnesis, el uso de estudios de imagen como la tomografía computarizada, y en algunos casos la endoscopia, para identificar la causa subyacente del absceso.

Esta serie de casos subraya la necesidad de considerar la ingestión de cuerpos extraños en pacientes con absceso hepático, incluso en ausencia de antecedentes claros, para asegurar un manejo adecuado y una resolución completa del cuadro clínico.

Se documentó la evolución clínica, la respuesta al tratamiento y la presencia de complicaciones, resaltando la importancia del diagnóstico temprano y el manejo multidisciplinario para una resolución efectiva.

CASO 1

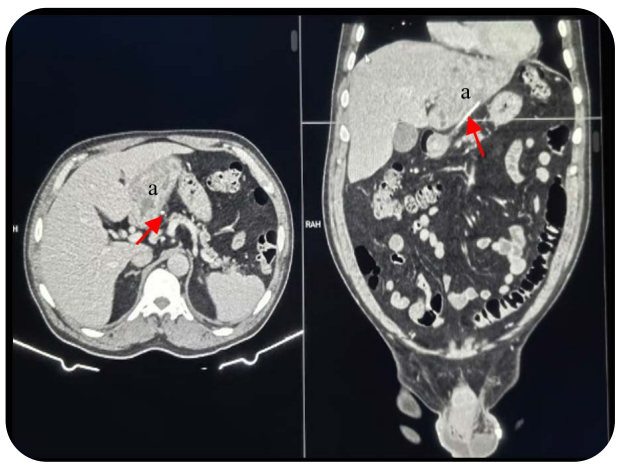

Figura 1. CT abdominal corte axial y coronal. (a) colección abscedada que involucra S2-3 hepático; (flecha roja) cuerpo extraño.

Varón de 59 años, sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos, empleado, oriundo del interior, acude refiriendo dolor en epigastrio, de 4 días de evolución, insidioso, leve, tipo puntadas, no irradiado, y que cedió con el uso de analgésicos comunes; 8 días antes, presentó fiebre de 39°C que cedió con antipiréticos, náuseas y vómitos en varias oportunidades, anorexia e ictericia

*Hospital Central del Instituto de Previsión Social- Servicio de Cirugía de Mínima Invasión- Asunción, Paraguay
**Hospital Central del Instituto de Previsión Social- Servicio de Gastroenterología y Endoscopia- Asunción, Paraguay
Autor Correspondiente: David Ernesto Castellano Da Cunha
Villarrica - Paraguay - Correo: decastel@ips.gov.py Teléfono: +595984986902
Recibido: 14/01/2025 - Revisado: 20/02/2025 - Aceptado: 9/03/2025
Revisor: Carlos Arce Aranda Hospital San Jorge- MSP y BS
Editor: Eduardo González Miltos Universidad Nacional de Asunción; San Lorenzo, Paraguay
Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons

sin coluria ni acolia. Hábitos fisiológicos conservados. El examen físico reveló signos vitales en rango, dolor a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, sin defensa muscular ni signos de irritación peritoneal.

Los exámenes de laboratorio evidenciaron leucocitosis y elevación de enzimas hepáticas. La tomografía de abdomen mostró extensa área hipodensa heterogénea en el lóbulo izquierdo del hígado, sugestivo de absceso hepático *(Figura 1)*. Se instauró tratamiento antibiótico empírico con Ceftriaxona y Metronidazol, que posteriormente se rotó a Piperacilina/Tazobactam y Vancomicina.

Se solicitó interconsulta con Cirugía de Mínima Invasión para valorar drenaje percutáneo; una imagen hiperdensa lineal en el borde inferior del hígado, compatible con cuerpo extraño, llevó a recomendar abordaje laparoscópico o laparotómico. *(Figura 1)*

En el Hospital de Enfermedades Quirúrgicas de Ingavi (HEQI), se realizó laparotomía mediana cuyo hallazgo operatorio fue a nivel del hígado (segmento III) epiplón adherido de forma firme a borde inferior de dicho segmento adyacente a absceso hepático de 100 cc aproximadamente, fragmento de hueso de pollo de 4 cm *(Figura 2)*. Se realizó extracción del cuerpo extraño (hueso de pollo), drenaje de absceso, lavado de la cavidad y colocación de drenaje tubular. El paciente tuvo evolución postoperatoria favorable, con mejoría clínica progresiva y normalización gradual de los parámetros de laboratorio.

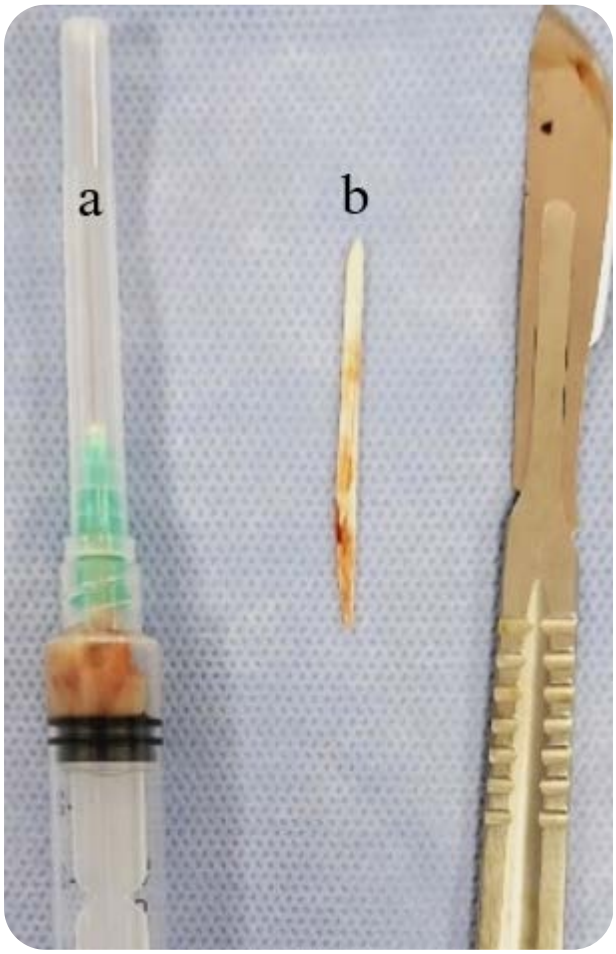

Figura 2. Hallazgos quirúrgicos. (a) Muestra de colección; (b) hueso de pollo.

CASO 1

Varón de 54 años, chofer, procedente del interior, con antecedentes de cardiopatía hipertensiva e isquémica, con una fracción de eyección del 28%, y había sido sometido a la colocación de un stent en la arteria descendente anterior por infarto agudo de miocardio dos meses antes del ingreso; hipertensión arterial y diástasis púbica postraumática resuelta con tratamiento conservador tres años antes.

Acudió al servicio de urgencias por cuadro de dos semanas de evolución de dolor retroesternal tipo opresivo, moderado (5/10 en la escala de dolor) que apareció con el esfuerzo, de duración menor a 30 minutos, localizado y que cedió con el reposo. acompañado de palpitaciones, disnea a esfuerzo, escalofríos e hipotensión arterial Un día antes del ingreso, el dolor exacerba, tornándose intenso (10/10), de duración mayor a 30 minutos, no cediendo con el reposo ni con posiciones antiálgicas, e irradiándose a la espalda.

El paciente se presentó con estabilidad hemodinámica, ruidos cardíacos y pulmonares sin datos positivos de valor. El abdomen se palpó blando y depresible, sin dolor a la palpación profunda y con ruidos hidroaéreos presentes. Neurológicamente, el paciente se encontraba vigil y orientado, con un puntaje de 15 en la escala de Glasgow, sin déficits neurológicos evidentes. No se identificaron edemas en las extremidades.

Los análisis de laboratorio mostraron una hemoglobina de 10.7 g/dL y un hematocrito de 34%, indicativos de anemia, con un recuento plaquetario de 373.000/mm3. Se observó una leve elevación de la urea (67 mg/dL) y la creatinina (1.27 mg/dL). Los electrolitos séricos revelaron hiponatremia leve (Na: 131 mEq/L), con potasio (K: 4.3 mEq/L) y cloro (Cl: 103 mEq/L) dentro de rangos aceptables. El recuento de glóbulos blancos fue de 10780/mm3, con un 77% de neutrófilos. La troponina I se encontró elevada, con una tendencia descendente en las mediciones seriadas (39.9, 35.7, 29.8). El electrocardiograma mostró un ritmo sinusal regular, con ondas T simétricas en V1-V6 y sin otras alteraciones significativas del segmento ST. La radiografía de tórax evidenció un índice cardiotorácico aumentado.

Inicialmente, se manejó el cuadro como angina inestable, con ajuste de la medicación cardiovascular por el servicio de cardiología (días 1 y 2). Los hemocultivos (x2) y el urocultivo (día 4) resultaron negativos, al igual que la serología viral (día 8).

Debido a la persistencia de picos febriles, se realizó tomografía abdominal que confirmó absceso hepático secundario a cuerpo extraño (día 7). *(Figura 3)*

Finalmente, la endoscopia digestiva alta, realizada el día 11, no reveló alteraciones.

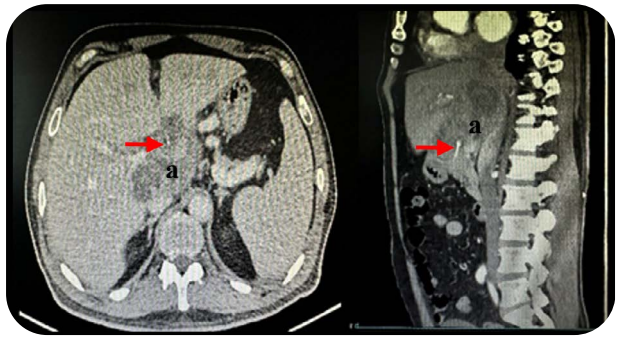

Figura 3. CT contrastada axial y coronal. (a) Colección hepática perihiliar; (flecha roja) Hiperdensidad lineal dentro de la colección compatible con cuerpo extraño.

En interconsulta con el Servicio de Cirugía de Mínima Invasión para valorar drenaje percutáneo se decidió el drenaje quirúrgico, por acceso dificultoso y adyacencia al hilio hepático.

A los 18 días del ingreso, en el Hospital Central, se efectuó laparotomía exploradora constatándose colección purulenta (300cc aproximadamente) a nivel del epiplón menor pars fláccida y espina de pescado de 3cm de longitud en relación con segmento hepático I. Se procedió a realizar aspirado y lavado de cavidad con extracción de cuerpo extraño (espina de pescado). Presentó edema de glotis como complicación posoperatoria que fue tratada con corticosteroides.

El paciente recibió antibioticoterapia (Piperacilina/Tazobactam, Vancomicina, Meropenem) durante su hospitalización, con buena evolución.

CASO 3

Varón de 56 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, artritis reumatoidea, hernia umbilical y probable hidrocele; tabaquismo y consumo ocasional de bebidas alcohólicas.

El cuadro inició 24 horas antes del ingreso, con dolor abdominal insidioso, tipo cólico, en epigastrio, moderado a severo (7-9/10), no relacionado con la ingesta de alimentos. Acompañado de vómitos y dificultad respiratoria.

El examen físico presentó facies dolorosa, tendencia a la hipertensión arterial, oliguria, taquipnea con requerimiento de oxígeno suplementario por máscara facial con reservorio a 8 litros, abdomen globuloso, tenso, poco depresible, levemente doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen inferior.

Durante su hospitalización, el paciente presentó persistencia de dolor abdominal y episodios febriles, con requerimiento de oxigenoterapia y débito bilioso por sonda nasogástrica.

Los análisis de laboratorio (día 7) mostraron Hb 12.6 g/dL, Hto 38 %, Plaquetas 208.000 /mm3, leucocitos 16890 /mm3. Se realizaron cultivos (hemocultivos y urocultivos) que resultaron negativos.

La TAC de abdomen (día 10) confirmó la presencia de cuerpo extraño en duodeno y se identificó colección líquida a nivel hepático *(Figura 4)*.

La Endoscopía Digestiva Alta (día 11) identificó y pudo extraer la espina de pescado de la cavidad abdominal *(Figura 5)*.

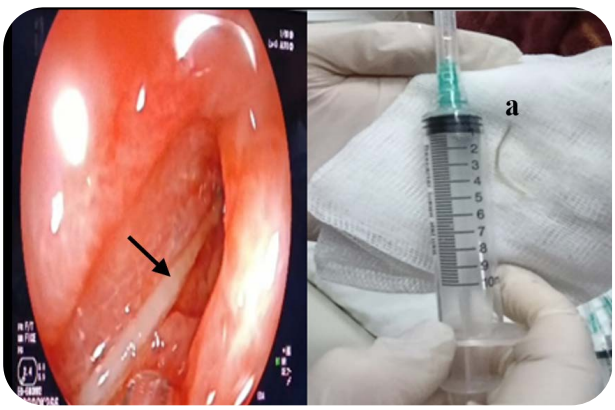

Figura 4. Hallazgos Endoscópico. Izquierda: (flecha negra) hueso de pescado visualizado por EDA, atravesando el duodeno. Derecha: (a) Hueso de pescado extraído.

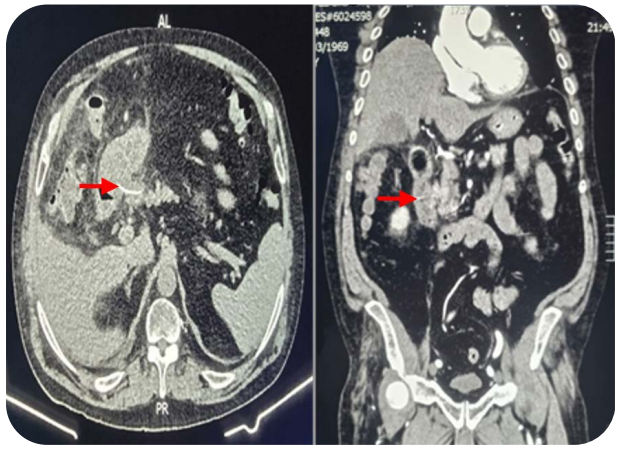

Figura 5. CT axial y coronal. (flecha roja) Cuerpo extraño que perfora la pared interna del duodeno hacia el páncreas.

Seguidamente se realizó PAAF bajo guía ecográfica de colección hepática, en el Servicio de Cirugía de Mínima Invasión obteniéndose líquido purulento 60cc *(Figura 6)*.Tres días después (día 14) se aspiró 20cc de líquido similar, reproducción en sitio de punción anterior.

Ulteriormente el paciente es dado de alta, tras recibir Meropenem durante 16 días, con Amoxicilina más Sulbactam por vía oral, con indicación de ecografía de control ambulatoria.

Figura 6. Líquido Purulento extraído por PAAF eco-guiada.

DISCUSIÓN

Los abscesos hepáticos secundarios a la ingestión de cuerpos extraños representan una entidad clínica infrecuente, pero de relevante importancia, como se ilustra en la presente serie de casos. Si bien la etiología más común de los abscesos hepáticos suele ser por infecciones bacterianas, fúngicas o parasitarias, en los casos secundarios, como los aquí presentados, es crucial identificar y tratar la causa subyacente para lograr una resolución

completa del cuadro clínico [1].

En nuestra serie, la presentación clínica de los pacientes fue variable, lo que concuerda con lo descrito en la literatura [2,3]. El Caso 1 presentó un cuadro de dolor epigástrico de varios días de evolución, acompañado de fiebre y alteraciones en las pruebas de laboratorio, lo que inicialmente dificultó el diagnóstico. En el Caso 2, el paciente consultó por dolor torácico, lo que desorientó la búsqueda diagnóstica inicial, retrasando el hallazgo del absceso hepático hasta la realización de estudios adicionales. El Caso 3 se manifestó con dolor abdominal agudo, lo que orientó el diagnóstico hacia una etiología abdominal, pero la identificación del cuerpo extraño como causa del absceso requirió de estudios de imagen y endoscópicos.

La identificación del cuerpo extraño, en este caso, fue clave para establecer el diagnóstico definitivo. En los tres casos, la TAC de abdomen jugó un papel fundamental para la identificación del absceso hepático y la sospecha de cuerpo extraño, lo que está en línea con lo reportado en la literatura [4]. La ecografía, si bien es una herramienta útil como modalidad de imagen inicial [1], puede no ser suficiente en casos complejos, como se evidenció en estos pacientes, donde la TAC aportó mayor precisión diagnóstica. En el Caso 3, la EDA permitió identificar y extraer la espina de pescado del duodeno, lo que destaca la utilidad de este procedimiento en el diagnóstico y tratamiento de esta condición.

El tratamiento de los abscesos hepáticos secundarios a cuerpos extraños requiere un enfoque multidisciplinario. El drenaje del absceso ya sea por métodos percutáneos o quirúrgicos, es fundamental. En nuestra serie, dos de los tres pacientes requirieron drenaje quirúrgico del absceso, lo que concuerda con la necesidad de este procedimiento en casos donde la causa subyacente es un cuerpo extraño [1,5]. La extracción del cuerpo extraño, cuando es posible, es crucial para prevenir la recurrencia del absceso. En el Caso 3, la extracción endoscópica de la espina de pescado fue exitosa, lo que destaca la importancia de considerar este abordaje mínimamente invasivo cuando sea factible [2]. Sin embargo, en los Casos 1 y 2, la extracción del cuerpo extraño se realizó durante la cirugía de drenaje del absceso, lo que refleja la necesidad de adaptar el tratamiento a la localización y características del cuerpo extraño.

Es importante destacar que, en pacientes con antecedentes de un hígado sano, se debe prestar especial atención a la historia clínica para identificar posibles factores de riesgo, como la ingestión de cuerpos extraños. Asimismo, los clínicos y radiólogos deben considerar la posibilidad de esta etiología inusual ante la presencia de un absceso hepático, independientemente de los antecedentes del paciente [1]. En nuestra serie, los tres pacientes negaron antecedentes de ingesta de cuerpos extraños en el primer interrogatorio, lo que resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica ante esta posibilidad diagnóstica.

Nuestros hallazgos, junto con la evidencia de casos similares reportados en la literatura [2,3,5], subrayan la importancia de considerar la ingestión de cuerpos extraños como una causa rara, pero posible, de absceso hepático. Un alto índice de sospecha clínica, una evaluación radiológica adecuada y un enfoque de tratamiento multidisciplinario son esenciales para un manejo exitoso de esta condición.

En conclusión, la presentación de esta serie de casos contribuye a la literatura médica al destacar la variabilidad en la presentación clínica de esta entidad, la importancia de los estudios de imagen para el diagnóstico y la necesidad de un enfoque de tratamiento individualizado.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece al Servicio de Cirugía General del Hospital Central y HEQI, Endoscopía, UEMA, UTIA, Clínica Médica, Imágenes y demás especialidades citadas del Instituto de Previsión Social (HC-IPS) por su colaboración en la atención y manejo de los pacientes incluidos en esta serie de casos.

REFERENCIAS

1. Li Q, Liu Y. Hepatic abscess caused by foreign body ingestion: A case report. Australas J Ultrason Med. febrero de 2025;28(1):e12422.
2. Subasinghe D, Jayasinghe R, Kodithuwakku U, Fernandopulle N. Hepatic abscess following foreign body perforation of the colon: A case report. SAGE Open Medical Case Reports. Enero de 2022;10:2050313X221103357.
3. Wang Z, Du Z, Zhou X, Chen T, Li C. Misdiagnosis of peripheral abscess caused by duodenal foreign body: a case report and literature review. BMC Gastroenterol. Diciembre de 2020;20(1):236.
4. Xia F, Zhu P, Chen X ping, Zhang B xiang, Zhang M yu. Liver abscess in the caudate lobe caused by a fishbone and treated by laparoscopy: a case report. BMC Surg. Diciembre de 2022;22(1):6.
5. Chavez M, Khasnabish S, Landry I, Saliaj M. A rare case of an exploratory laparotomy to treat a liver abscess secondary to foreign body ingestion.

Pancreatitis aguda y perforación retroperitoneal tras Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica: reporte de caso

Acute pancreatitis and retroperitoneal perforation after endoscopic retrograde cholangiopancreatography: case report.

Chenú, Martín*, Barrios Escudero, Adriana**, Zayas, Gabina**, Gauto, Lizzi***, Morales, Ariel****

Hospital de Clínicas San Lorenzo, Paraguay

RESUMEN

Paciente de 54 años sometida a Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) por coledocolitiasis, que desarrolló pancreatitis aguda biliar severa y perforación tipo II retroperitoneal. El diagnóstico se confirmó por imagen y se manejó con drenaje percutáneo y tratamiento conservador, con buena evolución clínica. El caso destaca la importancia del reconocimiento precoz de complicaciones graves post-CPRE y el éxito del manejo no quirúrgico.

Palabras claves: CPRE; Pancreatitis aguda biliar; Perforación retroperitoneal; Complicaciones postendoscópicas; Drenaje percutáneo.

ABSTRACT

A 54-year-old patient underwent ERCP for choledocholithiasis and developed severe acute biliary pancreatitis and a type II retroperitoneal perforation. Diagnosis was confirmed by imaging and managed with percutaneous drainage and conservative treatment, with good clinical evolution. This case highlights the importance of early recognition of serious ERCP complications and the success of non-surgical management.

Keywords: ERCP; Acute biliary pancreatitis; Retroperitoneal perforation; Post-endoscopic complications; Percutaneous drainage.

INTRODUCCIÓN

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento endoscópico avanzado en el cual un endoscopio es guiado al duodeno, permitiendo por medio de instrumentos pasar por la ampolla de Vater hacia las vías biliares y el conducto pancreático. Los conductos son opacificados por inyección de medio de contraste, y por métodos radiográficos se obtienen imágenes y se facilita la terapia endoscópica. Los procedimientos guiados por CPRE han sido usados para manejar una variedad de desórdenes pancreatobiliares.

Es un procedimiento completo que requiere de entrenamiento especial y experiencia, asociado a riesgo mayor de eventos adversos que otros procedimientos endoscópicos. Es importante por esto usar estrategias para prevenir efectos adversos, reconocerlos tempranamente y tratarlos si ocurren. [1]

Reportes sobre efectos adversos relacionados con la CPRE informan una tasa de 5 a 12% y una tasa de mortalidad de 0.1 a 1.4%. Dentro de los factores de riesgo, algunos pueden estar relacionados con la sedación o con la endoscopía en sí misma o a una intervención hecha en esta. Se citan factores relacionados al procedimiento (como canulación difícil), factores relacionados con el paciente (alteración anatómica, disfunción del esfínter de Oddi, divertículo periampular, cirrosis, edad avanzada) y factores relacionados con el hospital y endoscopista (un volumen bajo de CPRE, tiempo de procedimiento y casos selectos como colangitis aguda) [1]

Los efectos adversos más comunes son pancreatitis, sangrado, perforación, e infección. También se han citado efectos de la anestesia.

La pancreatitis es una complicación muy seria de la CPRE, que puede resultar de una lesión mecánica al conducto pancreático, lesión hidrostática de la inyección de contraste o de la manipulación con la guía [2]. La incidencia de pancreatitis post-CPRE es de 3.5 a 9.7 %. La pancreatitis puede ser severa en 0.3 a 0.8% de los casos [3].

El sangrado durante la CPRE está relacionado típicamente con la instrumentación y a la esfinterotomía. La incidencia ronda el 1 a 3%. [4] La infección después del procedimiento puede estar relacionada a un drenaje incompleto de la vía biliar, obstrucción del conducto cístico, a una colección fluida líquida pancreática infectada o raramente a contaminación del equipo endoscópico. Se estima que la tasa de prevalencia es de 3% o más [5]

La perforación post-CPRE puede ser del esófago, estómago o intestino delgado. Se pueden clasificar según Stapfer por el mecanismo en Tipo I que obedece a una perforación de la

*Jefe de sala de la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas San Lorenzo. - martinchenu81@icloud.com
**Especialista en Cirugía General. - adribaesc@gmail.com / Gabizayas04@gmail.com
***Residente de la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas San Lorenzo - lizzigauto8@gmail.com
****Jefe de Residentes de la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas San Lorenzo - Ariel_morales_10@hotmail.com
Autor Correspondiente: Adriana Natalia Barrios Escudero. Especialista en Cirugía General. Teléf: 0992 335- 145.
Dirección: Capitán del puerto 1145. Sajonia. Correo: Adribaesc@gmail.com
Recibido: 05/01/2025 - Revisado: 20/01/2025 - Aceptado: 9/02/2025
Revisor: Claudia Artunduaga Facultad de Ciencias Médicas. UNA
Editor: Eduardo González Miltos Universidad Nacional de Asunción; San Lorenzo, Paraguay
Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons

pared duodenal; Tipo II, perforación duodenal retroperitoneal secundaria a lesión periampular; Tipo III perforación del conducto pancreático principal y Tipo IV presencia de gas en retroperitoneo. El tipo II es la forma más común [6]

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 54 años, colecistectomizada hace 6 años, ingresó remitida de consultorio externo con cuadro de un mes de evolución de episodios de dolor en hipocondrio derecho de tipo cólico, que no irradia, relacionado con consumo de ingesta de comidas grasas, que cede parcialmente con el uso de Clonixilato de Lisina con Propinox; 24 horas antes del ingreso la paciente refirió coluria. Negó fiebre, ictericia, acolia/hipocolia, además de náuseas y vómitos.

Antecedentes remotos de la enfermedad actual: internada en el servicio con anterioridad por cuadro similar; en dicha ocasión se realizó estudios complementarios y fue dada de alta en planes de realizarse Colangiorresonancia Magnética Nuclear (CRMN) por no constatarse hallazgos de valor en ecografía abdominal y laboratorio con parámetros en rango. En CRMN se informa coledocolitiasis (dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, más marcada a nivel del conducto hepático común y del colédoco donde mide 21 mm); a este nivel se observó imagen hipointensa que ocasionó defecto de relleno endoluminal de 9.6 mm.

Se realizó CPRE, constatándose divertículo yuxtapapilar. Se logró canulación del colédoco, inyección de contraste y visualización de colédoco con 20 mm de diámetro aproximado con un defecto de relleno en tercio distal. Se procedió a realizar esfinterotomía con papilotomía guiada y dilatación con balón hidroneumático, sin complicaciones inmediatas, procediéndose luego a la exploración biliar con canastilla de Dormia en varias oportunidades. Como resultado de dicho procedimiento se logró la extracción de una litiasis. En la *Tabla 1* se observan los datos laboratoriales más relevantes en el control post procedimiento.

Tabla 1: Valores laboratoriales en control Post-CPRE

HB/HTO	14.7/43.8%
GB/N	10460/74%
Amilasemia	102
BT/BD/BI	0,91/0,46/0,45
AST/ALT/FA	94/101/94

En el primer día posterior al procedimiento la paciente presentó dolor abdominal intenso que no respondió a medicación, llegando al diagnóstico de Pancreatitis aguda biliar leve sin ictericia por Clasificación de Atlanta. Durante el mismo día se realizó ecografía abdominal y tomografía computarizada (TAC) de abdomen y pelvis simple por sospecha de perforación, en las que se observó líquido libre en escasa cantidad en abdomen, sin signos directos de perforación. En la *Tabla 2* y *Tabla 3* se visualizan los cambios más notorios 48 y 72 horas después del procedimiento.

Tabla 2: Valores laboratoriales 48 h Post- CPRE

HB/HTO	14.2/44%
GB/N	3690/77%
Amilasemia	172
BT/BD/BI	0,96/0,59/0,38
AST/ALT/FA	46/79/68
Lipasemia	274
Plaquetas	170000

Tabla 3: Control laboratorial al tercer día post-procedimiento

HB/HTO	14.2/44%
GB/N	2720/79%
BT/BD/BI	0,96/0,59/0,38
AST/ALT/FA	46/79/68
Plaquetas	63000
pH	7.32
Pco2	33
P02	65
EDB	-9
Bicarbonato	17
Saturación	90%

Por criterios de Marshal se realizó diagnóstico de Pancreatitis aguda biliar severa con falla multiorgánica, por lo que la paciente fue trasladada a UCIA. Durante la internación también se realizó diagnóstico de NIH y Chikungunya. Se solicitó radiografía de tórax en bipedestación para descartar neumoperitoneo *(ver FIGURA 1)*.

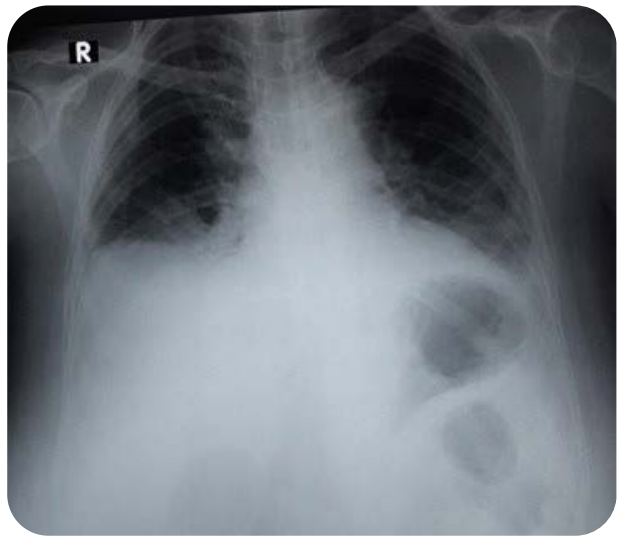

Figura 1. Radiografía de tórax en bipedestación, incidencia anteroposterior, en la que no se constató neumoperitoneo.

A pesar de mejoría, persistió sospecha de perforación post-CPRE, por lo que se realizó TAC de abdomen y pelvis con contraste endovenoso (EV) y oral en la que se observó colección en corredera parietocólica derecha *(ver FIGURA 2)*, extendida a fosa iliaca derecha (FID), sin fuga de contraste a cavidad con colección en CPD; (el volumen calculado fue de 192 ml). Se realizó drenaje percutáneo como tratamiento de dicha colección.

Figura 2. TAC de abdomen y pelvis con contraste endovenoso (EV) y oral. Colección pararrenal derecha retroperitoneal.

Se realizó de control en la que se constató la colección retroperitoneal pararrenal derecha y un área hipodensa en pared posterior de la segunda porción del duodeno, interpretada como un defecto de pared observable en la *FIGURA 3*. A continuación, se llevó a cabo una duodenoscopia hasta la segunda porción, se constató llenado de CO2 de la bolsa colectora correspondiente al drenaje percutáneo, lo cual indicó presencia de perforación.

Figura 3. TAC de abdomen y pelvis con contraste endovenoso (EV) y oral. Imagen de colección post drenaje percutáneo.

La paciente recibió nutrición por sonda nasoyeyunal (SNY), con posterior progreso a dieta por vía oral, así como antibioticoterapia de amplio espectro, Meropenem® 1 gr cada 8 horas, Colistimetato de sodio (Colistina®) 100 mg cada 8 horas. Tigeciclina® 50 mg cada 12 horas por 14 días. Al cabo de 40 días de internación, la paciente fue dada de alta con buena evolución en planes de retiro de drenaje en semanas posteriores. Se realizó una fistulografía luego de 39 días de colocación del drenaje, en la que se constató una fístula enteroatmosférica *(FIGURA 4),* por lo que se decidió el cierre de éste. El drenaje se retiró sin inconvenientes una semana después.

Figura 4. FISTULOGRAFÍA. Se constata paso del contraste a intestino delgado y grueso.

DISCUSIÓN

Las complicaciones post-CPRE pueden ser leves o severas y requieren una vigilancia clínica estrecha. En este caso, la paciente presentó dos de las complicaciones más relevantes descritas en la literatura: pancreatitis aguda biliar y perforación retroperitoneal tipo II.

La incidencia de pancreatitis post-CPRE reportada en estudios internacionales varía entre 3.5 y 9.7% [(2)], y su evolución puede ir desde formas leves hasta cuadros graves con fallo multiorgánico, como se observó en esta paciente. En el contexto nacional, un estudio realizado en el Hospital Nacional de Itauguá reportó una incidencia de pancreatitis del 3.4%, lo cual coincide con los datos internacionales, pero no se detallaron progresiones a formas graves en la mayoría de los casos [(7)].

La perforación tipo II, secundaria a una lesión periampular es la forma más común dentro de las perforaciones post-CPRE. Generalmente, se relaciona con esfinterotomía y otras maniobras endoscópicas instrumentales [(6)]. En este caso, el diagnóstico fue inicialmente sospechado por imágenes y confirmado por duodenoscopia, lo que permitió la instauración de un tratamiento conservador con drenaje percutáneo, antibioticoterapia y soporte nutricional.

El tratamiento no quirúrgico fue exitoso, alineado con las recomendaciones actuales para perforaciones tipo II, que suelen responder bien a manejo conservador si se detectan precozmente [(8)]. El seguimiento multidisciplinario, el soporte en unidad de cuidados intensivos y la disponibilidad de imagenología de alta resolución fueron claves para una evolución favorable.

Este caso resalta la importancia de reconocer tempranamente

los signos clínicos y bioquímicos de complicaciones post-CPRE, así como la necesidad de realizar estudios por imágenes cuando exista sospecha clínica. La intervención precoz y adecuada puede evitar procedimientos quirúrgicos y mejorar el pronóstico.

En conclusión, la vigilancia post-CPRE debe ser rigurosa, especialmente en pacientes con factores de riesgo anatómicos como el divertículo yuxtapapilar. La experiencia del equipo tratante, la disponibilidad de recursos diagnósticos y terapéuticos, y el seguimiento estrecho son pilares fundamentales para una resolución exitosa de estas complicaciones.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses relacionados con la elaboración de este manuscrito.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Todos los autores participaron en el diagnóstico, manejo clínico y seguimiento de la paciente. Contribuyeron además en la redacción, revisión crítica y aprobación final del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Tringali A, Costamagna G. UpToDate. 2023 [citado 10 de febrero de 2024]. Adverse events related to endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) in adults - UpToDate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/adverse-events-related-to-endoscopic-retrograde-cholangiopancreatography-ercp-in-adults?search=Adverse%20events%20related%20to%20endoscopic%20retrograde%20cholangiopancreatography&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
2. Tringali A, Costamagna G. UpToDate. 2023 [citado 21 de junio de 2024]. Overview of endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) in adults - UpToDate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-endoscopic-retrograde-cholangiopancreatography-ercp-in-adults?search=complicaciones%20post%20cpre&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H12
3. Tringali A, Costamagna G. UpToDate. 2023 [citado 21 de junio de 2024]. Post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) pancreatitis - UpToDate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/post-endoscopic-retrograde-cholangiopancreatography-ercp-pancreatitis?search=complicaciones%20post%20cpre&topicRef=632&source=see_link#H1
4. Tringali A, Costamagna G. UpToDate. 2023 [citado 21 de junio de 2024]. Post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) bleeding - UpToDate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/post-endoscopic-retrograde-cholangiopancreatography-ercp-bleeding?search=complicaciones%20post%20cpre&topicRef=632&source=see_link#H594210069
5. Tringali A, Costamagna G. UpToDate. 2022 [citado 21 de junio de 2024]. Infectious adverse events related to endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) - UpToDate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/infectious-adverse-events-related-to-endoscopic-retrograde-cholangiopancreatography-ercp?search=complicaciones%20post%20cpre&topicRef=632&source=see_link#H2
6. Tringali A, Costamagna G. Post-ERCP perforation - UpToDate [Internet]. 2022 [citado 10 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/post-ercp-perforation?search=Post-ERCP%20perforation&source=search_result&selectedTitle=1~7&usage_type=default&display_rank=1
7. Aranda M, Prieto G, Petry-Bottin C, Adorno C. Scielo. 2022 [citado 21 de junio de 2024]. Incidencia de complicaciones precoces de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en el Hospital Nacional de Itauguá. Periodo 2013-2017. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202022000200012