

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 endoscopia 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 Colangiografía Resonancia Magnética Nuclear (CRMN) por no constatar 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*).

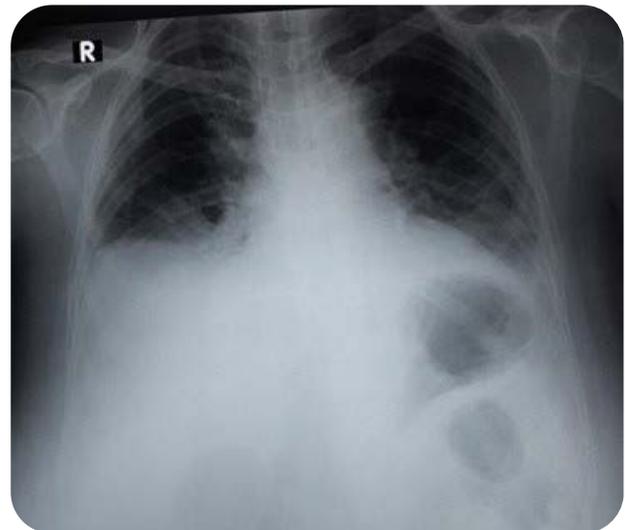


Figura 1. Radiografía de tórax en bipedestación, incidencia anteroposterior, en la que no se constató neumoperitoneo.

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 pararenal derecha retroperitoneal.

Se realizó de control en la que se constató la colección retroperitoneal pararenal 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=1~7&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