

Perforación duodenal por prótesis biliar. Presentación de un caso y revisión del tema

Igor Hernández Toboso, Raimy Márquez Pedraza, Rolando Rodríguez Delgado, Jacinto Navas Igarza.

Hospital Universitario Dr. Carlos J. Finlay, La Habana, Cuba.

Recibido: 14-FEB-2008 / Aceptado: 24-FEB-2008 / Publicado online: 01-ABR-2008

© Compumedicina.com 2008

Resumen

La colocación de prótesis en la vía biliar principal (VBP) por medio de la colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento bien establecido para el tratamiento de múltiples afecciones bilio-pancreáticas. Las complicaciones más frecuentes de estos procedimientos son: pancreatitis aguda, colangitis, sangramiento por esfinterotomía y las perforaciones. Realizamos la presentación de un caso que presentó una perforación de la cuarta porción duodenal con peritonitis por dislocación de la endoprótesis. Se realiza además revisión del tema.

Palabras claves: endoprótesis. CPRE. Peritonitis. Perforación duodenal.

de todos los procedimientos según reporte de grandes series².

Realizamos la presentación de un caso que luego de la colocación de una endoprótesis por CPRE comenzó 48 horas después con: distensión abdominal, dolor difuso, vómitos, compromiso del estado general y arritmias cardíacas; por lo que fue intervenido quirúrgicamente por cuadro de peritonitis aguda.

Igor Hernández Toboso.

Calle 84 # 901 / 9na y 11na. Playa. La Habana, Cuba.

Teléfono 2024769

e-mail: igor.hdez@infomed.sld.cu

Hernández Toboso I, Márquez Pedraza R, Rodríguez Delgado R, Navas Igarza J. Perforación duodenal por prótesis biliar. Presentación de un caso y revisión del tema. Compumedicina.com 2008; 140:4.

http://www.compumedicina.com/verpdf.php?art=/cirugia/cir_010408.pdf

Introducción:

La colocación de endoprótesis por medio de colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) para el tratamiento de las afecciones malignas y benignas de la vía biliar principal (VBP) es un procedimiento bien reglado y de aceptación para la mayoría de los cirujanos y gastroenterólogos, que atienden dichas afecciones¹. El mismo no está exento de complicaciones aunque estas se presentan en un 5-8%

Datos Clínicos:

Masculino de 68 años con antecedentes de colecistectomía abierta de urgencia por colecistitis aguda gangrenosa litiásica, donde ocurrió una sección total del conducto hepático común, diagnosticada y tratada en el acto operatorio, efectuándose anastomosis termino-terminal del hepático común con Vicryl 4-0 y colocación de un tubo en T. Buena evolución postoperatoria, dado de alta previa colangiografía por la sonda normal.

En el seguimiento por consulta externa luego de 6 meses asintomático se discute en el colectivo del servicio de Cirugía y se decide realizar una CPRE para colocar prótesis biliar y retirar posteriormente la sonda en T, a las 48 horas de realizado el proceder endoscópico el paciente comienza a manifestar dolor abdominal difuso, distensión abdominal, vómitos y arritmias cardíacas, se instaura descompresión nasogástrica y se corrige el cuadro de acidosis

metabólica que presentaba; la radiografía abdominal confirma signos radiológicos de íleo paralítico y se encuentra un neumoperitoneo, por lo que se interviene quirúrgicamente al enfermo.

En el acto quirúrgico se constata peritonitis generalizada con fibrina y pus (fig.1-2) por

perforación a la cavidad en la cuarta porción del duodeno, causada por dislocación de la endoprótesis (fig.3-4). Se realiza lavado de la cavidad, se retira la prótesis se sutura el duodeno en dos planos y se colocan drenajes de goma. Buena evolución en el post operatorio, dado de alta a los 10 días, actualmente se encuentra asintomático.



Figura 1: Mesenterio de la primera asa yeyunal con fibrina por la peritonitis aguda.



Figura 2: Se observa la endoprótesis perforando la cuarta porción del duodeno.



Figura 3: Momento de extracción de la prótesis del duodeno.



Figura 4: Prótesis biliar retirada.

Discusión:

Desde finales de 1970 comenzaron a realizarse los primeros procedimientos de colocación de prótesis en las vías biliares¹ para el tratamiento paliativo de las afecciones malignas de la VBP y de la cabeza del páncreas, lo que actualmente constituye el tratamiento de elección cuando no se puede realizar la resección de estos procesos. Constituye además una herramienta muy útil para el manejo de las fugas de bilis posteriores a colecistectomías tanto abiertas como endoscópicas³⁻⁴⁻⁵.

La CPRE es uno de los procedimientos más difíciles de realizar en la endoscopia digestiva y por tanto no está exenta de complicaciones dentro de las más frecuentes tenemos la pancreatitis aguda, la colangitis y colecistitis, los sangramientos posteriores a esfínterotomías y las perforaciones duodenales o de otros órganos como intestino delgado y colon⁶, por dislocación de la prótesis y migración de la misma. Se han reportado incluso perforaciones de divertículo de Meckel⁷.

La perforación duodenal generalmente es poco frecuente⁸⁻⁹, ocurre durante el procedimiento de colocación de la prótesis y puede depender de la realización propia de la endoscopia o por la prótesis en si. La perforación relacionada con la propia endoscopia es excepcional, aunque se ha reportado con más frecuencia en pacientes con una resección gástrica tipo Billroth II y en los que tienen divertículos. Por otro lado, las perforaciones durante la esfínterotomía se relacionan con la existencia de un colédoco no dilatado, con el empleo del «pre corte» y las incisiones cuya orientación dista de ser óptima⁸⁻¹⁰.

La perforación por desplazamiento de una prótesis biliar¹¹ suele ser tardía y se produce por presión del extremo distal de la prótesis en la pared contralateral, dichas perforaciones pueden ser retro peritoneales o libres a la cavidad abdominal, las que

se manifiestan de forma distinta. La perforación retro peritoneal es la más frecuente por la propia posición anatomía del duodeno en el retro peritoneo, se manifiesta por dolor difuso en alguno de los flancos del abdomen, fiebre, toma del estado general, ligera distensión abdominal y manifestaciones de pancreatitis aguda, en ocasiones muy raras puede ser asintomática¹².

Las perforaciones libres a la cavidad abdominal generalmente se manifiestan de forma llamativa y rápida, dado por el cuadro de peritonitis que producen por la caída en la cavidad abdominal de la bilis, jugos gástricos y pancreáticos, con el desencadenamiento de los mecanismos de defensa de los órganos intra abdominales, y manifestándose por: dolor abdominal difuso, contractura abdominal, ruidos intestinales disminuidos, vómitos, deshidratación, manifestaciones de acidosis metabólica entre otras. Esta complicación pone en peligro la vida de los pacientes si no se diagnostica y trata rápidamente.

Se han reportado casos de penetración de prótesis en órganos adyacentes a la zona de la perforación¹³ sin contaminación de la cavidad abdominal, con la formación de fistulas colovaginales¹⁴, colovesicales¹⁵.

En el caso que reportamos se produjo una perforación de la cuarta porción del duodeno, libre a la cavidad abdominal, en las primeras 48 horas de colocada la prótesis por medio de una CPRE sin complicación aparente y realizada por un grupo de gastroenterólogos dedicados a dicho procedimiento.

En la intervención quirúrgica se retiró la prótesis de teflón y se realizó sutura en dos planos del sitio de la perforación, y lavado amplio de la cavidad abdominal. No fue necesario reintervenir quirúrgicamente al paciente en ningún momento del periodo post operatorio, por la buena evolución del mismo, siendo dado de alta hospitalaria a los 10 días.

Bibliografía

1. Soehendra N, Reynders-Frederix V. Palliative bile duct drainage - a new endoscopic method of introducing atranspapillary drain. *Endoscopy* 1980; 12:8-11.
2. Huibregtse K, Tytgat GN. Palliative treatment of obstructive jaundice by transpapillary introduction of large bore bile duct endoprosthesis. *Gut* 1982; 23:371-375.
3. Binmoeller KF, Katon RM, Shneidman R. Endoscopic management of postoperative biliary leaks: review of 77 case and report of two cases with biloma formation. *Am J Gastroenterol* 1991; 86: 227-231
4. Peters JH, Gibbons GD, Innes JT, Nichols KE, Front ME, Roby SR, Ellison EC. Complications of laparoscopiccholecystectomy. *Surgery* 1991; 110: 769-777; discussion 777-778
5. Airan MC. Complications of laparoscopic cholecystectomy: a national survey of 4,292 hospitals and an analysis of 77,604 cases. *Am J Surg* 1993; 165: 9-14
6. D'Costa H, Toy E, Dennis MJ, Brown C. Intestinal perforation--an unusual complication of endoscopic biliary stenting. *Br J Radiol.* 1994 Dec; 67 (804):1270-1.
7. Halme L, Doepel M, von Numers H, Edgren J, Ahonen J. Complications of diagnostic and therapeutic ERCP. *Ann Chir Gynaecol* 1999; 88: 127-31.
8. Freeman M, Nelson D, Sherman S, Haber G, Herman M, Dorsher P, et al. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy. *N Engl J Med.* 1996; 335:909-18.
9. Freeman M. Adverse outcomes of ERCP. *Gastroint Endosc.* 2002; 56 Suppl 6; S273-582.
10. Baron T, Gostout C, Herman L. Hemoclip repair of a sphincterotomy-induced duodenal perforation. *Gastroint Endosc.* 2000; 52:566-8.
11. Johanson JF, Schmalz MJ, Geenen JE. Incidence and risk factors for biliary and pancreatic stent migration. *Gastrointest Endosc* 1992; 38: 341- 346.
12. Byrne P, Leung JWC, Cotton PB. Retroperitoneal perforation during duodenoscopiesphincterotomy. *Radiology* 1984; 150:383-384.
13. Namdar T, Raffel AM, Topp SA, Namdar L, Alldinger I, Schmitt M, Knoefel WT, Eisenberger CF. Complications and treatment of migrated biliary endoprosthesis: A review of the literature. *World J Gastroenterol* 2007; 13(40): 5397-5399.
14. Blake AM, Monga N, Dunn EM. Biliary stent causing colovaginal fistula: case report. *JLS* 2004; 8: 73-75.
15. Wilhelm A, Langer C, Zoeller G, Nustede R, Becker H. Complex colovesicular fistula: A severe complication caused by biliary stent migration. *Gastrointest Endosc* 2003; 57: 124-126.