

## NEUMORETROPERITONEO POST-CPRE

### Caso clínico.

Femenino de 22 años, sin antecedentes de importancia para su padecimiento. Sufre accidente automovilístico tipo colisión frontal sin dispositivos de seguridad. Ingresó a urgencias en protocolo de trauma, consciente, con manifestaciones de choque secundario a trauma cerrado de abdomen. Por lo anterior ingresa a quirófano encontrando trauma hepático grado IV, laceración de rama izquierda de la vena porta, laceración de parénquima hepático derecho, avulsión de vesícula biliar. Por las condiciones de las lesiones se realizó cirugía de control de daños e ingresa a la UTI. Durante su estancia en UTI fueron corregidos los trastornos de coagulación secundarios a trauma. Ingresó 48 horas después para cirugía de reparación de daños realizando reparación de lesión alta de la vía biliar ( rama anterior derecha de 0.5 cm), hepatectomía parcial (resección del lóbulo izquierdo), esplenectomía. 48 posteriores a última cirugía se realizó Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica (CPRE) encontrando edema de mucosa. 3 días posteriores a la CPRE se realizó panendoscopia de tracto digestivo alto por haber presentado evacuaciones melénicas y melanemesis por sonda nasogástrica. Los hallazgos reportados fueron posos de café en cámara gástrica, gastritis erosiva sin sangrado activo, sangrado activo a nivel de duodeno en capa por área de precorte con fístula de 0.5 cm a la derecha de la papila, con salida de líquido biliar. Se realizó escleroterapia con adrenalina, 2 clips de 6, además de cianocrilato. La tomografía abdomen se observó aire libre en retroperitoneo. **(Figura 1)**

## **Discusión.**

La Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) y sus terapias de intervención han sido utilizadas para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades biliares. Aunque la mayoría de los procedimientos puede ser manipulado de forma segura, la incidencia de complicaciones intraoperatorias sigue siendo de 4% al 10%, con una mortalidad del 1% al 1.5%. La pancreatitis, infección, hemorragia y la perforación son las complicaciones más comúnmente observadas.<sup>1</sup>

La perforación tiene la tasa de incidencia más baja (1%), sin embargo, posee una alta mortalidad que va del 16% a 18% frecuentemente como consecuencia de un retraso en el diagnóstico o un tratamiento inadecuado.<sup>1,2</sup>

La perforación puede ocurrir a diversos niveles: en la pared lateral del duodeno, frecuentemente causada por el endoscopio (tipo 1); peripapilar, inducida por una esfinterectomía o canulación inapropiada (tipo 2); y perforación distal del conducto biliar común, relacionada con la guía o canasta de instrumentación (tipo 3).<sup>2</sup>

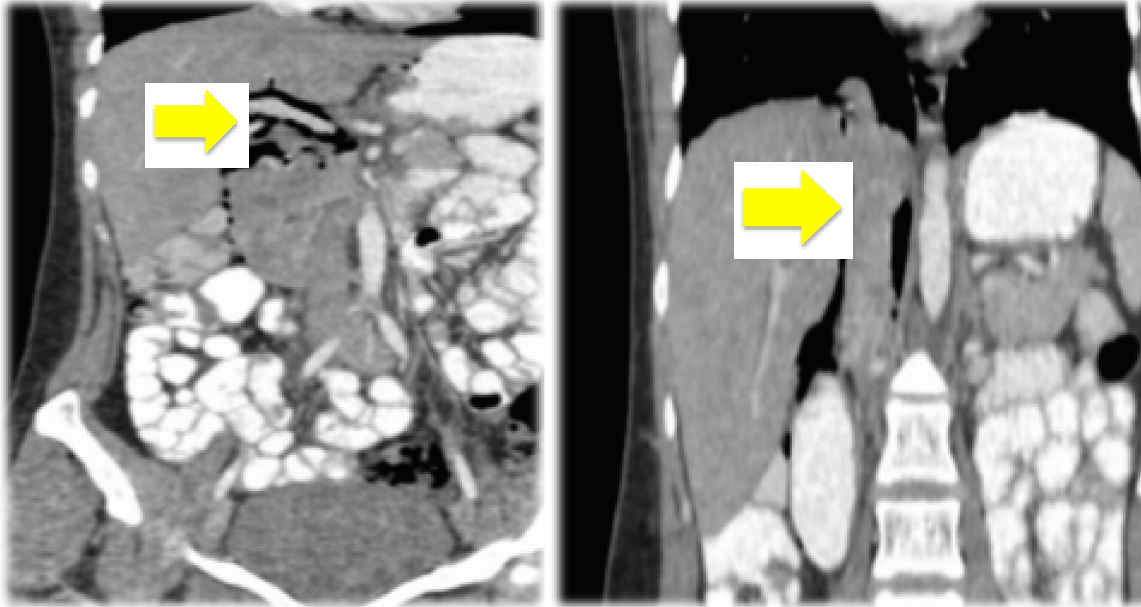
La lesión peripapilar tiene una alta incidencia. Existen dos factores de riesgo mayores descritos para desarrollar esta complicación: anatomía Billroth II y disfunción del esfínter de Oddi. Siendo más común su aparición al realizar la esfinterectomía por precorte, en comparación con la convencional.<sup>2</sup>

El diagnóstico se establece cuando existen manifestaciones de irritación peritoneal, o aire libre retroperitoneal. La presentación clínica en la etapa inicial no

es confiable ya que los pacientes en las primeras horas post-CPRE pueden manifestar distensión y dolor abdominal, o se encuentran bajo los efectos anestésicos.<sup>2,3</sup>

Cuando se sospecha de una perforación post-CPRE la tomografía de abdomen es el método más sensible para evaluar la presencia de aire libre o colecciones retroperitoneales. La acumulación de aire en el retroperitoneo no se correlaciona con el tamaño de la perforación, pero sí con el grado de insuflación de aire durante la CPRE.<sup>3,4</sup>

El tratamiento de la perforación tipo 2 consiste en dejar al paciente sin vía oral, colocar una sonda nasogástrica y antibiótico de amplio espectro, con resultados satisfactorios en la mayoría de los pacientes. En la perforación tipo 3 el manejo incluye la colocación de stent biliar, antibióticos de amplio espectro y, seguimiento tomográfico a las 24 horas, si existe líquido libre o hay empeoramiento clínico se realizará tratamiento quirúrgico. La perforación tipo 1 ó cuando haya líquido libre retro o intraperitoneal requieren de tratamiento quirúrgico de urgencia.<sup>3,4</sup>



**Figura 1.** Tomografía simple de abdomen donde se observa aire libre en retroperitoneo secundario a perforación peripapilar (Tipo 2)

## **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Mao Z, Zhu O, Wu W, Wang M, Li J, Lu A, et al. Duodenal Perforations After Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: Experience and Management. *Journal of laparoendoscopic & advanced surgical techniques.* 2008; 18:691-695.
2. Kim J, Lee SH, Paik WH, Song BJ, Hwang JH, Ryu JK, et al. Clinical outcomes of patients who experienced perforation associated with endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Surg Endosc.* 2012;26:3293-3300.
3. Machado NO. Management of Duodenal Perforation Post-Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography. When and Whom to Operate and What Factors Determine The Outcome? A Review Article. *J Pancreas.* 2012; 10:18-25.
4. Alfieri S, Rosa F, Cina C, Tortorelli AP, Tringali A, Perri V, et al. Management of duodeno-pancreato-biliary perforations after ERCP: outcomes from an Italian tertiary referral center. *Surg Endosc.* 2013; 27:2005–2012.

