



Nota Clínica

Retroneumoperitoneo tras esfinterotomía endoscópica

A. M. Sánchez-Romero^a, A. Tomás-Gómez^a, F. Pérez-Vicente^a, A. Arroyo^a, C. Barceló-Iglesias^b,
R. Piernas-Peco^b, J. M. Navarro-Rodríguez^a, P. Serrano^a, J. Solavera^c, J. Pérez-Rivero^d, R. Calpena^a

^aSERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO. ^bSERVICIO DE URGENCIAS. ^cSECCIÓN DE MEDICINA DIGESTIVA.

^dSERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE. ALICANTE.

RESUMEN

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con esfinterotomía ha llegado a ser una técnica importante en el diagnóstico y tratamiento de patologías biliares y pancreáticas. Pueden ocurrir complicaciones graves, aunque raras, y su reconocimiento y tratamiento son de la mayor importancia. Presentamos el caso de una paciente con retroneumoperitoneo posterior a una esfinterotomía endoscópica, así como revisión de la literatura.

Palabras clave: CPRE. Esfinterotomía. TC. Perforación.

ABSTRACT

Pneumoretroperitoneum after endoscopic sphincterotomy

Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) with sphincterotomy has become a major technique in the diagnosis and management of biliary and pancreatic conditions. Severe although infrequent complications may however occur, and their recognition and therapeutic management are of utmost importance. We report a case of pneumoretroperitoneum in one female patient after endoscopic sphincterotomy, together with a review of the literature.

Key Words: Endoscopic retrograde cholangiopancreatography. ERCP. CT scan. Perforation.

INTRODUCCIÓN

La aparición en la década de los setenta de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y la aplicación de la cirugía mínimamente invasiva en la década de los ochenta han modificado el protocolo de tratamiento de la litiasis de la vía biliar principal (VBP). En la actualidad existen diferentes opciones diagnósticas y terapéuticas para abordar la coledocolitiasis, pero no un algoritmo que pueda considerarse el patrón oro o *gold standard*. La tasa de complicaciones se sitúa entre el 6 y 15% (pancreatitis, perforación, hemorragia y colangitis), y la de mortalidad en el 1%. Presentamos una enferma con una rara complicación como es la aparición de retroneumoperitoneo.

CASO CLÍNICO

Mujer de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial, alergia a yodo y colecistectomía por colecistitis litiasica hacía 20 años. Tres días antes de acudir al Servicio de Urgencias por dolor abdominal, se le realizó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con esfinterotomía por sospecha de coledocolitiasis residual. La paciente presentó dolor abdominal tras la realización de la misma. Tres días después persistía el dolor epigástrico e irradiación a hipocondrio derecho y temperatura de 37°C. A la exploración física se puso de manifiesto un abdomen blando y depresible con dolor a la palpación profunda en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. La analítica resultó rigurosamente normal, así como

Correspondencia: Ana M. Sánchez Romero
Paseo de Ronda, 78, 1ºA
03600 Elda (Alicante)
E-mail: anasanchez2@yahoo.es

Fecha de recepción: 6-3-2006
Fecha de aceptación: 7-12-2006

mo la radiografía simple de abdomen. Se realizó entonces una tomografía computerizada (TC) abdominopélvica donde se describió un retroneumoperitoneo que disecaba el espacio pararenal anterior derecho, la cara posterior de la cabeza pancreática y el músculo psoas del mismo lado, así como aerobilia en pequeña cantidad (Fig. 1). Ante el diagnóstico de retroneumoperitoneo secundario a perforación duodenal iatrogénica post-CPRE, y la buena situación clínica de la paciente, se decidió tratamiento médico conservador con antibioterapia y nutrición parenteral periférica. A la semana del ingreso, se le realizó un TC de control, observándose una disminución importante de dicho retroneumoperitoneo. La paciente fue dada de alta y actualmente se encuentra asintomática.

DISCUSIÓN

La CPRE con esfinterotomía, es una conocida modalidad terapéutica para un número cada vez más creciente de indicaciones que pueden llegar a obviar la necesidad de la cirugía; ha llegado a ser el tratamiento de elección para la obstrucción de la vía biliar principal (VBP) y para las estenosis ampulares, especialmente en pacientes ancianos o con alto riesgo quirúrgico¹. Además, suele ser un procedimiento que se realiza frecuentemente antes de la colecistectomía laparoscópica en pacientes de alto riesgo con colodocolitiasis, pancreatitis biliar y como tratamiento paliativo en tumores periampulares. Otras indicaciones menos comunes serían la dilatación biliar por estenosis benignas, pancreatitis crónicas, la inserción de endoprótesis y el síndrome del sumidero¹⁻⁵.

A pesar de la relativa seguridad de la esfinterotomía endoscópica comparada con la cirugía, es una técnica que no está libre de riesgos, llegando a ser el procedimiento rutinario más peligroso realizado por los endoscopistas. Debido a que la esfinterotomía implica el corte de la submucosa inferior del esfínter papilar con electrocauterio, puede producir sangrado, pancreatitis aguda, perforación retroperitoneal o sepsis. La perforación de la pared de la VBP y del duodeno puede ocurrir si la incisión se hace demasiado larga o demasiado oblicua en dirección a la porción intramural de la VBP^{1,2,5}. Se han publicado tasas de complicación de la esfinterotomía del 2,5% al 11,7%, con perforación retroperitoneal entre el 0,5% y 2,1% en diferentes series^{1,2}. Dicha perforación puede causar retroneumoperitoneo, enfisema subcutáneo y neumotórax^{6,7}. El neumotórax puede asociarse también con perforaciones intraperitoneales⁸. Sin embargo, la perforación intraperitoneal es muy rara, y sólo ha sido publicada en circunstancias inusuales^{9,10}. También, el desarrollo de retroneumoperitoneo en el contexto de una técni-

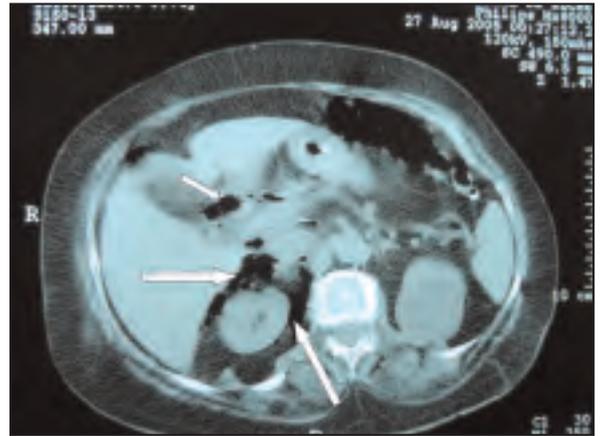


Figura 1. Tomografía computerizada abdominal. retroneumoperitoneo que diseca el espacio pararenal anterior derecho, cara posterior de la cabeza pancreática y el músculo psoas derecho. También aerobilia en pequeña cantidad.

ca diagnóstico-terapéutica como es la CPRE ha sido escasamente descrito.

En raras ocasiones, el aire retroperitoneal puede verse en la radiografía simple de abdomen como una opacidad en el cuadrante superior derecho. Clínicamente, la perforación puede ser silente; otras veces puede producir dolor agudo epigástrico durante o inmediatamente después de la CPRE¹¹, como es el caso de nuestra paciente.

La TC es la mejor prueba diagnóstica para evaluar la presencia de la perforación^{3,11,14}. La acumulación del aire en el retroperitoneo no se correlaciona con el tamaño de la perforación, pero sí con el grado de insuflación de aire en la endoscopia después de la lesión¹¹. También se pueden observar otras complicaciones en la TC, como la fuga de gastrografín, el cual diagnostica una perforación duodenal, así como producir signos de pancreatitis aguda. A pesar de las ventajas de la ecografía en infraestructura y rapidez sobre la TC, se ha demostrado que la TC es el examen de elección para el estudio del retroperitoneo¹⁵.

La perforación retroperitoneal de la VBP tiene altas tasas de mortalidad, llegando al 16%, 22,2% y 30% en distintas series^{11,13,14}.

En conclusión podríamos decir, que ante cualquier paciente con dolor abdominal intenso después de una esfinterotomía endoscópica, deberíamos realizar principalmente el diagnóstico diferencial entre la pancreatitis aguda y la perforación retroperitoneal. Debería realizarse, como en nuestro caso, una TC urgente, incluso aunque no exista elevación de amilasa en suero o la radiografía simple de abdomen no muestre retroneumoperitoneo.



BIBLIOGRAFÍA

- 1- Rabenstein T, Schneider HT, Hahn EG, Ell C. 25 years of endoscopic sphincterotomy in Erlangen: assessment of the experience in 3498 patients. *Endoscopy* 1998;30:194-201.
- 2- Cotton PB, Lehman G, Vennes J, Geenen JE, Russell RC, Meyers WC, et al. Endoscopic sphincterotomy complications and their management: an attempt at consensus. *Gastrointest Endosc* 1991;37:383-93.
- 3- Kuhlman JE, Fishman EK, Milligan FD, Siegelman SS. Complications of endoscopic retrograde sphincterotomy: computed tomographic evaluation. *Gastrointest Radiol* 1989;14:127-32.
- 4- Bonatsos G, Leandros E, Polydorou A, Romanos A, Dourakis N, Birbas C, et al. ERCP in association with laparoscopic cholecystectomy. A strategy to minimize the number of unnecessary ERCPS. *Surg Endosc* 1996;10:37-40.
- 5- Leese T, Nneoptolemos JP, Carr-Locke DL. Successes, failures, early complications and their management following endoscopic sphincterotomy: results in 394 patients from a single centre. *Br J Surg* 1985;72:215-9.
- 6- Gya D, Sali A, Angus D. Subcutaneous emphysema and pneumothorax following endoscopic sphincterotomy. *Aust N Z J Surg* 1989;59:900-2.
- 7- Morley AP, Lau JY, Young RJ. Tension pneumothorax complicating a perforation of a duodenal ulcer during ERCP with endoscopic sphincterotomy. *Endoscopy* 1997;29:332.
- 8- Lim A, Ling R, Diggory R, Copeland G. Perforation of an abdominal viscus associated with a pneumothorax. *Br J Clin Pract* 1992;46:141-2.
- 9- Bar-Meir S, Lang A, Shemesh E, Nass S, Dreznick Z. Pneumoperitoneum after insertion of endoscopic biliary stent for post-cholecystectomy biliary leak. *Gastrointest Endosc* 1993;39:818-20.
- 10- Della Libera E, Ferrari Junior AP. Asymptomatic pneumoperitoneum after endoscopic treatment of pseudocysts. *Endoscopy* 1997;29:231-2.
- 11- Cohen SA, Siegel JH, Kasmin FE. Complications of diagnostic and therapeutic ERCP. *Abdom Imaging* 1996;21:385-94.
- 12- Lambiase RE, Cronan JJ, Ridlen M. Perforation of the common bile duct during endoscopic sphincterotomy: recognition on computed tomography and successful percutaneous treatment. *Gastrointest Radiol* 1989;14:133-6.
- 13- Zissin R, Shaphiro-Feinberg M, Oscadchy A, Pomeranz I, Leichtmann G, Novis B. Retroperitoneal perforation during endoscopic sphincterotomy: imaging findings. *Abdom Imaging* 2000;20:279-82.
- 14- Safrany L. Endoscopic treatment of biliary tract disease – international study. *Lancet* 1978;2:983-85.
- 15- Molini L, Bovero P, Damiani S. Ultrasonography diagnosis of pneumoperitoneum in a patient treated with ERCP. *Radiol Med* 2001;101:397-9.