

Manejo del retroneumoperitoneo tras CPRE

Management of retroperitoneum after ERCP

La CPRE se ha convertido en un instrumento imprescindible para el diagnóstico y tratamiento de numerosas enfermedades biliares y pancreáticas desde su introducción en 1968¹. En manos de gastroenterólogos expertos, la tasa de complicaciones es baja², aunque su incidencia alcanza el 4-10% y la mortalidad el 0,4%³. Las complicaciones en orden de frecuencia incluyen pancreatitis (1,3-5,4%), hemorragia (0,76-3%), colangitis (0,78-1%) y perforación (0,3-2,1%)⁴. El riesgo de complicaciones es estadísticamente mayor cuando la finalidad de la técnica es terapéutica (5,4%) que cuando es diagnóstica (1,38%)⁴. Tradicionalmente este tipo de lesiones recibían tratamiento quirúrgico, sin embargo, en la última década, el manejo conservador está demostrando cada vez mejores resultados⁵.

Paciente varón de 85 años con AP de FA, glaucoma, vértigo y colecistitis aguda litiasica en 2009, realizándosele colecistectomía laparoscópica; postoperatorio complicado por fuga biliar tratada mediante la colocación de prótesis biliar plástica. A los 2 años se realiza CPRE por ictericia obstructiva y colangitis agudas previas. Recibió el alta hospitalaria al día siguiente del procedimiento en el que se había retirado el stent con cierta dificultad. A las 48 h acude a Urgencias por deterioro del estado general y fiebre. Se encuentra estable hemodinámicamente y presenta crepitantes subcutáneos generalizados y dolor a la palpación en epigastrio e HD. Ictericia cutáneo-mucosa. Analítica: 9.020 leucocitos, 87,5% PMN. BiT: 8,18 g/dl, BiD: 7,62 g/dl. PCR: 19,90 mg/dl. En TAC abdominal se objetiva vía biliar intra- y extrahepática dilatadas, abundante cantidad de aire libre distribuido sobre todo en espacio retroperitoneal, intraperitoneal y tejido celular subcutáneo. Sin colecciones ni líquido libre (figs. 1 y 2). Tras valorar al paciente, y teniendo en cuenta la estabilidad hemodinámica y su mejoría tras la administración de antibióticos, se decide actitud conservadora bajo vigilancia intensiva. Se produce mejoría clínica y el

paciente recibe el alta a planta donde finalmente fallece tras sufrir fallo renal.

La perforación tras CPRE suele ocurrir en la porción retroperitoneal del duodeno⁶ y la difusión del aire se produce a través de las vainas perineurales y perivasculares que quedan dañadas por la presión que ejerce el endoscopio sobre la pared del duodeno⁷. Los factores de riesgo para que se produzca incluyen edad avanzada, dificultad y duración del procedimiento, existencia de divertículos en la zona periampular, anomalías anatómicas (Billroth II), dilatación o estenosis de la vía biliar y disfunción del esfínter de Oddi⁸. Estas lesiones se clasifican según Stapfer en tipo I: perforación en la pared duodenal medial o lateral, tipo II: periampular, tipo III: lesión del conducto biliar o pancreático y tipo IV: aire retroperitoneal⁵. El 79% de las perforaciones se sospechan en el momento de la CPRE⁵. Un diagnóstico precoz aumenta las posibilidades de éxito del tratamiento conservador⁸. Las manifestaciones clínicas son muy inespecíficas, pero debe sospecharse una perforación en cualquier paciente con síntomas abdominales, respiratorios o crepitantes tras CPRE⁴. Debe realizarse una radiografía simple de abdomen donde podremos encontrar líneas de aire retroperitoneal que aumentan en espiración profunda⁹. La TAC abdominal sin contraste es la prueba de elección para confirmar el diagnóstico^{2,4}. En ella veremos aire en los espacios intra- y retroperitoneal, a lo largo de la vena cava inferior hasta mediastino y pleura⁴. Es importante señalar que la cantidad de aire no se correlaciona con la severidad del cuadro¹⁰. El tratamiento de la perforación debe ser inicialmente conservador^{4,5}, y debe incluir reposo intestinal, sonda nasogástrica, hidratación y antibióticos. La cirugía está indicada para aquellos pacientes que presentan obstrucción biliar persistente, colangitis, sepsis o ausencia de respuesta al tratamiento



Figura 1 – Imagen de TAC abdominal donde identificamos aire libre intra- y retroperitoneal y en tejido celular subcutáneo.

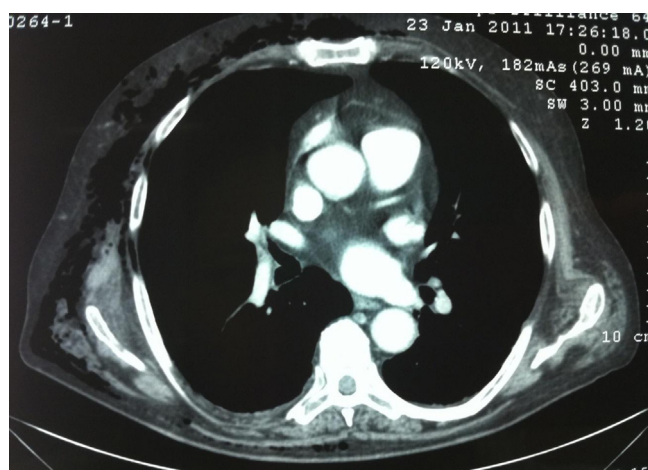


Figura 2 – Imagen de TAC torácica donde se aprecia aire libre en tejido celular subcutáneo sin evidenciar aire en espacio pleural ni mediastino.

conservador⁴. El tipo de cirugía depende de los hallazgos e incluye desde la reparación de la perforación, hasta el drenaje de abscesos, la coledocoyeyunostomía o incluso la pancreatoduodenectomía⁵.

BIBLIOGRAFÍA

- McCune WS, Shorb PE, Moscovitz H. Endoscopic cannulation of the ampulla of Vater: a preliminary report. *Ann Surg.* 1968;167:752-6.
- Genzlinger Genzlinger JL, McPhee MS, Fisher JK, Jacob KM, Helzberg JH. Significance of retroperitoneal air after endoscopic retrograde cholangiopancreatography with sphincterotomy. *Am J Gastroenterol.* 1999;94:1267-70.
- Andriulli A, Loperfido S, Napolitano G, Niro G, Valvano MR, Spirito F, et al. Incidence rates of post-ERCP complications: a systematic survey of prospective studies. *Am J Gastroenterol.* 2007;102:1781-8. Epub 2007 May 17.
- Fujii L, Lau A, Fleischer DE, Harrison ME. Successful nonsurgical treatment of pneumomediastinum, pneumothorax, pneumoperitoneum, pneumoretroperitoneum, and subcutaneous emphysema following ERCP. *Gastroenterol Res Pract.* 2010;2010:289135. Epub 2010 Jun 14.
- Stapfer M, Selby RR, Stain SC, Katkhouda N, Parekh D, Jabbour N, et al. Management of duodenal perforation after endoscopic retrograde cholangiopancreatography and sphincterotomy. *Ann Surg.* 2000;232:191-8.
- Ozgonul A, Cece H, Sogut O, Demir D, Kurkcuoglu IC. Pneumoperitoneum, pneumoretroperitoneum and bilateral pneumothorax caused by ERCP. *J Pak Med Assoc.* 2010;60:60-1.
- Ciaccia D, Branch MS, Baillie J. Pneumomediastinum after endoscopic sphincterotomy. *Am J Gastroenterol.* 1995;90:475-7.
- Assalia A, Suissa A, Ilivitzki A, Mahajna A, Yassin K, Hashmonai M, et al. Validity of clinical criteria in the management of endoscopic retrograde cholangiopancreatography related duodenal perforations. *Arch Surg.* 2007;142:1059-64.
- Maunder RJ, Pierson DJ, Hudson LD. Subcutaneous and mediastinal emphysema. Pathophysiology, diagnosis, and management. *Arch Intern Med.* 1984;144:1447-53.
- Aliperti G. Complications related to diagnostic and therapeutic endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 1996;6:379-407.

Vanesa Maturana Ibáñez*, Manuel Ferrer Márquez, Almudena Moreno Serrano, Diego Rodríguez Morillas y Ricardo Belda Lozano

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vanematu69@hotmail.com (V. Maturana Ibáñez).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.08.012>

Enfermedad quística adventicial de la arteria poplítea

Cystic adventitial disease of the popliteal artery

La enfermedad quística adventicial (EQA) es una rara enfermedad vascular cuya prevalencia se ha señalado en uno de cada 1.200 casos de claudicación intermitente. Por su rareza, con frecuencia se confunde con enfermedad aterosclerótica. Típicamente se presenta como claudicación intermitente soleogemelar, unilateral y rápidamente progresiva en un hombre joven y sano sin factores de riesgo cardiovascular¹.

Presentamos el caso de un varón de 42 años con antecedentes de hipercolesterolemia y tabaquismo que presentó claudicación intermitente a los 300 m en la región soleogemelar derecha. La exploración física reveló un pulso poplíteo disminuido y ausencia de pulsos distales en la extremidad inferior derecha. El doppler mostró un índice tobillo-brazo de 0,53 en dicha extremidad. En la ecografía doppler se visualizó una arteria poplítea derecha ectásica con un calibre máximo de 11 mm con contenido anecogénico en su interior y flujo de altas velocidades. La resonancia magnética mostró una

oclusión brusca de aproximadamente 4 cm de longitud en la segunda porción poplítea derecha. Se decidió corrección quirúrgica por vía posterior. En la exposición, se observó una arteria poplítea aumentada de tamaño con salida de material gelatinoso y ligeramente amarillento. Se realizó exéresis de la arteria poplítea en su segunda porción y reconstrucción mediante bypass poplíteo-poplíteo con vena safena externa invertida. Las muestras remitidas a anatomía patológica fueron informadas como enfermedad quística de la adventicia arterial (figs. 1 y 2). El postoperatorio inmediato transcurrió sin incidencias y fue dado de alta a los 3 días con pulsos distales palpables. En el seguimiento a 3 meses, el paciente se encontraba asintomático con buena perfusión de dicha extremidad.

La EQA consiste en la formación de quistes mucinosos en la adventicia de la pared arterial que crecen lentamente protruyendo dentro de la luz y produciendo una estenosis