



www.elsevier.es/cirugia

P-445 - BALÓN DE ESFINTEROTOMÍA RETENIDO COMO CAUSA INFRECUENTE DE COLANGITIS: CASO CLÍNICO

Ruiz, Miguel; González Valverde, Francisco Miguel; Jiménez Moreno, Isabel; Rodríguez Lucas, José María; Hurtado Vázquez, Andrea; Vicente Ruiz, María; Luján Martínez, Delia María; Candel Arenas, M.^a Fe

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Objetivos: El desarrollo de una colangitis debido a material extraño en la vía biliar es una complicación extremadamente infrecuente, generalmente descrita por la migración de clips quirúrgicos tras la colecistectomía. La aparición de este evento tras una CPRE y debido a un balón de esfinterotomía retenido es, hasta nuestro conocimiento, un incidente no descrito en la literatura médica. El objetivo de este trabajo presentar un caso de una colangitis en paciente sometida a CPRE que desarrolló una colangitis secundaria a la retención de un balón de esfinterotomía y describimos esta infrecuente complicación.

Caso clínico: Mujer de 55 años intervenida de colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda. Durante posoperatorio presenta cuadro de subictericia con dilatación de la vía biliar compatible con coledocolitis. Se realiza CPRE, canulando papila y objetivando defecto de repleción compatible con coledocolitis. Tras esfinterotomía se intenta arrastre del defecto de repleción, siendo este infructuoso tras varios intentos de retirada con balón y cesta de dormia. Durante el procedimiento, se produjo la rotura de 4 balones de Fogarty. Los días posteriores desarrolla cuadro de dolor abdominal, fiebre e ictericia compatible con colangitis, indicándose cirugía urgente. Durante la intervención se objetiva dilatación de VB ocupada por pus y un balón de esfinterotomía en su interior, bloqueando la luz del colédoco. Se realiza coledocotomía, exploración de vía biliar con extracción de balón de Fogarty y coledocoduodenostomía. Durante el posoperatorio evoluciona de forma satisfactoria, siendo alta en el 9.^o día tras la cirugía.

Discusión: La extracción de las litiasis alojadas en colédoco puede realizarse mediante un catéter con balón o cesta de dormia. En caso de litiasis voluminosas, se puede intentar previamente la litotricia. La rotura del catéter o impactación de la cesta puede llegar hasta el 4%. La ocupación de la VB con una cesta de dormia o, como en nuestro caso, de un catéter puede ser causa de colangitis, pancreatitis o migración. La identificación de la retención del mismo, o parte de él en el interior de la VB, es básico para proceder a la extracción y evitar complicaciones secundarias a la obstrucción de la VB. Dada la escasa frecuencia de esta complicación, no existen recomendaciones consensuadas en cuanto a la técnica para su extracción. Pese a la bibliografía disponible con extracción exitosa mediante laparoscopia o a través de endoscopia, creemos que el abordaje abierto, en estos casos, aporta seguridad y eficacia con respecto a los mínimamente invasivos, para evitar mayor iatrogenia.