

Neumotórax bilateral secundario a esfinterotomía endoscópica

N. Moreno, E. Ferrero, J.A. Benavides, F. Sánchez, F.J. Guadarrama y F. Botella*

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo B. *Jefe de Sección. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Resumen

Presentamos el caso de una paciente colecistectomizada previamente y sometida a una esfinterotomía endoscópica para la resolución de una coledocolitiasis. Sufrió una complicación infrecuente de esta técnica, como es el neumotórax bilateral secundario a perforación duodenal por esfinterotomía excesivamente amplia. La buena evolución clínica permitió realizar un tratamiento conservador de dicha perforación duodenal.

Palabras clave: Neumotórax bilateral. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Esfinterotomía endoscópica.

(Cir Esp 2001; 70: 300-301)

BILATERAL PNEUMOTHORAX SECONDARY TO ENDOSCOPIC SPHINCTEROTOMY

We present the case of a female patient with previous cholecystectomy who underwent endoscopic sphincterotomy for choledocholithiasis. The patient presented bilateral pneumothorax secondary to duodenal perforation due to excessively wide sphincterotomy. This is an unusual complication of this technique. Because clinical evolution was favorable, the patient was able to undergo conservative treatment of the duodenal perforation.

Key words: Bilateral pneumothorax. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Endoscopic sphincterotomy.

Introducción

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una técnica de abordaje de la vía biliar, usada frecuentemente para el tratamiento de coledocolitiasis residual. Se presentan complicaciones asociadas a la técnica en un 10% de los casos aproximadamente¹⁻³. Algunas de éstas son la hemorragia, la pancreatitis y la colangitis y, menos frecuente, la perforación duodenal^{4,5}. El neumotórax secundario a la perforación duodenal representa una complicación muy infrecuente de esta técnica, motivo de la publicación de este caso.

Caso clínico

Mujer de 72 años que acudió al servicio de urgencias por presentar un cuadro de dolor abdominal de un mes de evolución, tipo cólico de predominio en el epigastrio y el hipocondrio derecho que se irradiaba a la espalda. Desde hacía 2 días refería fiebre de 39 °C, coluria e ictericia.

Como antecedentes personales presentaba alergia a pirazonas, hipotiroidismo, artrosis y colecistectomía por colelitiasis hacía 13 años.

En la exploración clínica se objetivó una paciente con afección del estado general, ictericia cutaneomucosa y dolor abdominal en el hipocondrio derecho y el epigastrio sin signos de irritación peritoneal, no palpándose masas ni organomegalias.

El hemograma fue normal y la bioquímica presentaba una alteración del perfil hepático con elevación de las enzimas de colestasis y bilirrubina total. Las radiografías de tórax y abdomen no demostraron hallazgos patológicos. La ecografía presentaba una dilatación de la vía biliar intra y extrahepática sin conseguir visualizar la causa.

La paciente fue ingresada con el diagnóstico de colangitis aguda y se instauró un tratamiento médico con sueroterapia y antibioterapia, presentando buena evolución.

La TC demostró una dilatación de la vía biliar principal y coledocolitiasis, que se intentó resolver mediante CPRE, durante la cual se realizó una esfinterotomía amplia con extracción de cálculos, observándose un drenaje adecuado y presentando la paciente dolor y un enfisema subcutáneo muy notable (fig. 1). Se finalizó la exploración inmediatamente y se realizaron una radiografía de tórax y una TC toracoabdominal con contraste oral e intravenoso. La radiografía de tórax reveló un neumotórax bilateral, un neumomediastino y un abundante enfisema subcutáneo (fig. 2). Se procedió a la colocación de dos tubos de drenaje intratorácico. La TC reveló un enfisema subcutáneo generalizado, un retroneumoperitoneo, un neumomediastino importante, una reexpansión pulmonar casi completa y no existía extravasación de contraste oral ni colecciones visibles.

Se adoptó una actitud expectante con tratamiento médico y seguimiento clínico, analítico y radiológico. La paciente presentó una evolución favorable y la TC de control evidenció una disminución del aire en los distintos compartimientos sin extravasación del contraste oral ni presencia de colecciones mediastínicas ni intraperitoneales.

Fue dada de alta a los 12 días de la CPRE con el diagnóstico de colangitis aguda secundaria a coledocolitiasis y perforación duodenal retrorperitoneal. En la actualidad permanece asintomática con enzimas hepáticas dentro de la normalidad.

Correspondencia: Dra. N. Moreno de Marcos.
Monte Perdido, 48, 1.º; 2.º A. 28053 Madrid.

Aceptado para su publicación en julio de 2001.



Fig. 1. Enfisema subcutáneo en el miembro inferior derecho.



Fig. 2. En la radiografía de tórax se aprecia el neumotórax bilateral, el neumomediastino y el enfisema subcutáneo.

neumotórax derecho tras la esfinterotomía endoscópica llevada a cabo en el hospital de Heidelberg (Australia)⁶. Otro corresponde a un neumotórax como complicación de una perforación de una úlcera duodenal tras una esfinterotomía endoscópica practicada en el hospital de Sha Tin (Hong Kong)⁷. El último sucedió en el hospital Concord de Sydney, en el que tras una esfinterotomía endoscópica se evidenció un retroneumoperitoneo y un neumotórax, tratándose de forma conservadora⁸.

Discusión

La CPRE es una técnica de uso común para diagnóstico y/o tratamiento de numerosas enfermedades del árbol biliar o región pancreática, como neoplasias, obstrucción, coledocolitiasis, etcétera.

Según la bibliografía, esta técnica presenta complicaciones en, aproximadamente, un 10% de los casos. De éstas, las más frecuentes son la hemorragia, la pancreatitis, la colangitis y, con menor frecuencia, la perforación duodenal. El neumotórax secundario a perforación duodenal por esfinterotomía amplia representa una complicación muy infrecuente de esta técnica. Resulta más frecuente el retroneumoperitoneo y el enfisema subcutáneo.

Se debe destacar la posibilidad de tratamiento conservador en los pacientes con buena evolución clínica, analítica y radiológica y sin presencia de extravasaciones o colecciones intraperitoneales, como es el caso que nos ocupa.

En la bibliografía revisada, únicamente se han encontrado 3 casos de similares características. Uno de ellos corresponde a la presencia de enfisema subcutáneo y

Bibliografía

1. Huibregtse K. Complications of endoscopic sphincterotomy and their prevention. *N Engl J Med* 1996; 335: 961-963.
2. Cotton PB, Lehman G, Vennes J, Greenen JE, Russell RC, Meyers WC et al. Endoscopic sphincterotomy complications and their management: an attempt at consensus. *Gastrointest Endosc* 1991; 37: 383-393.
3. Freeman ML, Nelson DB, Sherman S, Haber GB, Herman ME, Dersher PJ et al. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy. *N Engl J Med* 1996; 335: 909-918.
4. Sherman S, Ruffolo TA, Hawes RH, Lechman GA. Complications of endoscopic sphincterotomy: a prospective with emphasis on the increased risk associated with sphincter of Oddi dysfunction and non-dilated bile ducts. *Gastroenterology* 1991; 1068-1075.
5. Chen YK, Foliente RL, Santoro MJ, Walter MH, Collen MJ. Endoscopic sphincterotomy induced pancreatitis: increased risk associated with non dilated bile ducts and sphincter of Oddi dysfunction. *Am J Gastroenterol* 1994; 89: 327-333.
6. Gya D, Sali A, Angus D. Subcutaneous emphysema and pneumothorax following endoscopic sphincterotomy. *Aust N Z J Surg* 1989; 59: 900-902.
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. Scarllet PY, Falk GL. The management of perforation of the duodenum following endoscopic sphincterotomy: a proposal for selective therapy. *Aust N Z J Surg* 1994; 64: 843-846.