

Hemorragia digestiva tras una colecistoduodenostomía guiada por ecoendoscopia



Gastrointestinal bleeding following transduodenal endoscopic ultrasound-guided gallbladder drainage

Varón de 83 años con antecedentes de hipertensión arterial y un hepatocarcinoma en estadio terminal (BCLC-D) sobre hígado no cirrótico, en tratamiento con losartán. En los últimos 10 meses había presentado 3 episodios de colecistitis aguda litiásica. Durante el primer y el segundo ingreso por este motivo, dada la mala evolución clínica se colocó una colecistostomía percutánea en ambas ocasiones que se retiró en el mes posterior tras objetivar en la colangiografía un conducto cístico permeable.

En el tercer ingreso presentó un *shock* séptico secundario a otra colecistitis aguda. Se realizó una colecistostomía percutánea con mejoría clínica y analítica en los días posteriores. Por las colecistitis de repetición y tras la retirada de la colecistostomía percutánea, se decidió como

tratamiento paliativo definitivo realizar una colecistoduodenostomía guiada por ecoendoscopia con una prótesis Hot Axios® (Boston, 10 × 10 mm) y una prótesis plástica de doble pigtail (7Fr/5 cm) telescópada, que transcurrió sin incidencias.

En el cuarto día tras el procedimiento, presentó un episodio de hemorragia digestiva con marcada anemia (hemoglobina 11,9 a 5,5 mg/dl), sin repercusión hemodinámica. En la endoscopia, se visualizó una úlcera duodenal Forrest-IIc de 20 mm adyacente a la prótesis. Al acceder al interior de la vesícula, se encontraron 2 erosiones milimétricas con restos de hematina (fig. 1A) que se esclerosaron con adrenalina (1:20.000). Dos días más tarde presentó resangrado con inestabilidad hemodinámica que no remontó con sueroterapia intensiva, por lo que se repitió la endoscopia identificando un sangrado pulsátil en la úlcera duodenal, sin datos de hemorragia en la colecistoduodenostomía (fig. 1B). La terapéutica endoscópica convencional (adrenalina, Etoxiesclerol®, hemoclips) seguida de aplicación de Hemospray® (Cook) fueron ineficaces. Finalmente se realizó una arteriografía en la que se visualizó sangrado activo de una rama de la arteria gastroduodenal que se embolizó de forma eficaz con *coils* y embolizante líquido tipo Onyx

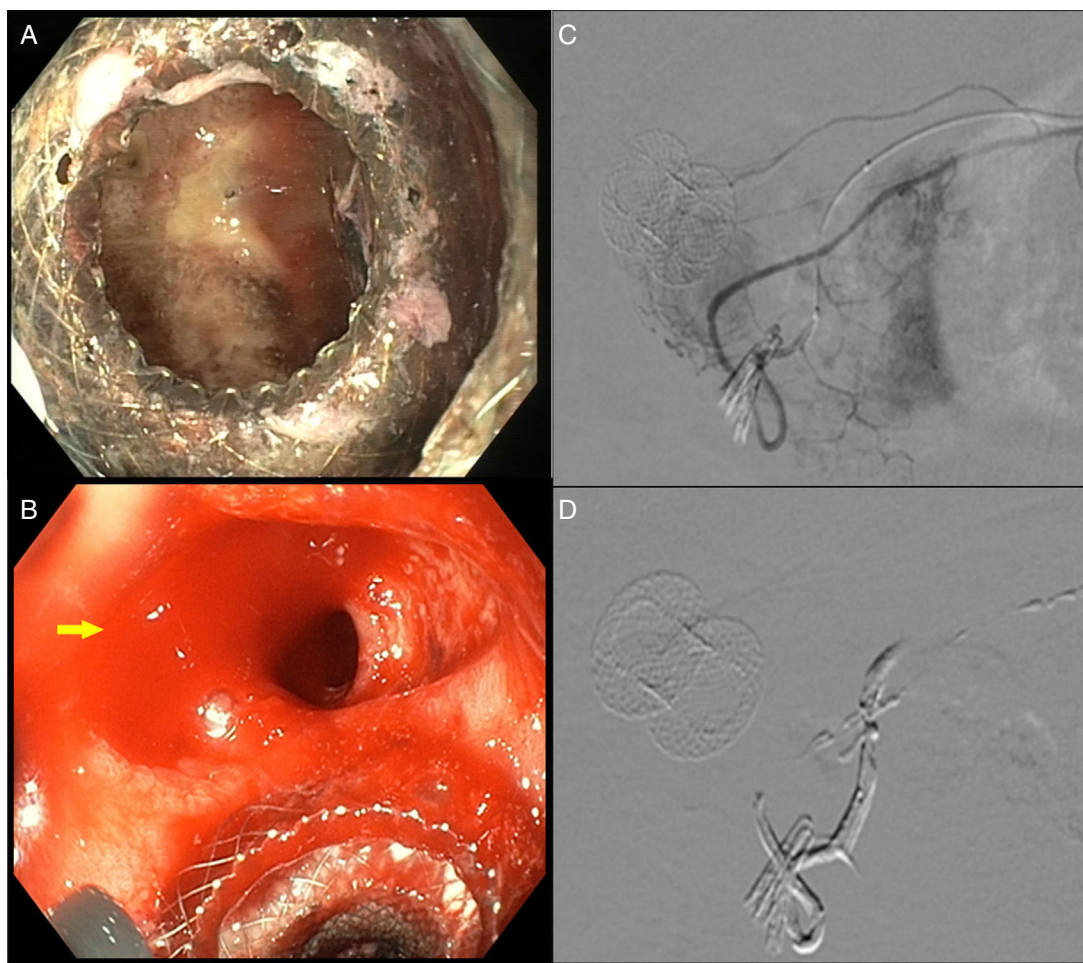


Figura 1 A) Erosiones en la vesícula biliar vistas a través de la prótesis. B) Úlcera duodenal con sangrado activo (Forrest IA) en las inmediaciones de la prótesis. C) Arteriografía del tronco celíaco con sangrado activo dependiente de ramas de la arteria gastroduodenal. D) Arteria gastroduodenal tras la embolización.

(figs. 1C y D), sin recidiva hemorrágica posterior. Precisó 20 días de ingreso adicionales y 6 concentrados de hemátis por el *shock* hipovolémico. Tras 6 meses de seguimiento, no ha vuelto a presentar nuevos episodios de colecistitis ni complicaciones atribuibles a la prótesis a pesar de no haber sido retirada.

En la colecistitis aguda grave el tratamiento de elección es la colecistectomía, pero en los pacientes con mucha comorbilidad a veces es necesaria la colocación de una colecistostomía percutánea¹. Hay que considerar retirarla durante el mes posterior, ya que su permanencia se asocia frecuentemente a migración e infecciones². Sin embargo, tras su retirada, hay un riesgo de recurrencia de la colecistitis hasta del 41%².

La colecistoenterostomía guiada por ecoendoscopia es una alternativa terapéutica de reciente incorporación¹. Consiste en la colocación de una prótesis desde el estómago o duodeno hasta la vesícula biliar para formar una fístula y permitir su drenaje¹. En la colecistitis aguda, principalmente con el uso de prótesis metálicas de aposición luminal Axios[®], las tasas de éxito técnico y clínico son altas y existen pocas complicaciones (12,1%)¹. Otra aplicación es la internalización de una colecistostomía percutánea en pacientes no candidatos a cirugía y con colecistitis recidivante tras la retirada de esta colecistostomía³. Se ha sugerido que podría existir una mayor dificultad técnica en esta indicación³ por: 1) Peor ecogenicidad, 2) Dificultad en el despliegue de la prótesis porque la vesícula no se distiende adecuadamente al estar drenada percutáneamente, y 3) Engrosamiento y fibrosis de la pared vesicular por la colecistitis crónica. Todo ello podría favorecer las complicaciones durante el procedimiento³. Sin embargo, en la literatura solamente hemos encontrado 2 estudios con un pequeño número de pacientes en el que se lleva a cabo esta internalización, y se describe una única complicación que fue una fuga biliar resuelta con la colocación de otra prótesis^{2,4}. La incidencia de complicaciones hemorrágicas parece baja, existiendo además la posibilidad de realizar terapéutica intravesicular a través de la prótesis Axios[®]⁵. No obstante, aunque poco frecuentes, es importante conocerlas ya que como ilustra este caso pueden requerir del uso de técnicas de radiología intervencionista para su control. En nuestro caso no fueron las úlceras vesiculares el origen de la hemorragia, sino la úlcera duodenal que pudo producirse durante el propio procedimiento endoscópico o ser una úlcera por decúbito de la prótesis.

Por otro lado, tras la colecistoenterostomía la recurrencia de la colecistitis es rara². Cuando ocurre suele producirse por la obstrucción de la prótesis con contenido litiásico². Se

podría tratar endoscópicamente mediante la extracción de las litiasis o incluso la retirada de la prótesis, ya que se ha demostrado la formación de una fístula colecistoentérica que puede proteger frente a la colecistitis⁵.

Como conclusión, la colecistoenterostomía guiada por ecoendoscopia es una técnica eficaz para internalizar el drenaje vesicular percutáneo y que mejora la calidad de vida, pero hay que tener en cuenta que deben realizarla endoscopistas expertos por la posibilidad de complicaciones graves.

Bibliografía

1. Mori Y, Itoi T, Baron TH, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, et al. Tokyo Guidelines 2018: Management strategies for gallbladder drainage in patients with acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2018;25:87–95.
2. Law R, Grimm IS, Stavas JM, Baron TH. Conversion of Percutaneous Cholecystostomy to Internal Transmural Gallbladder Drainage Using an Endoscopic Ultrasound-Guided Lumen-Apposing Metal Stent. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2016;14:476–80.
3. James TW, Baron TH. Converting percutaneous gallbladder drainage to internal. Drainage using EUS-guided therapy: A review of current practices and procedures. *Endosc Ultrasound.* 2018;7:93–6.
4. Chantarojanasiri T, Matsubara S, Isayama H, Nakai Y, Takahara N, Mizuno S, et al. Feasibility of conversion of percutaneous cholecystostomy to internal transmural endoscopic ultrasound-guided gallbladder drainage. *Saudi J Gastroenterol.* 2017;23:318–22.
5. Walter D, Teoh AY, Itoi T, Pérez-Miranda M, Larghi A, Sanchez-Yague A, et al. EUS-guided gall bladder drainage with a lumen-apposing metal stent: A prospective long-term evaluation. *Gut.* 2016;65:6–8.

Raquel Ríos León^{a,*}, Javier Martínez González^a, Eugenia Sánchez Rodríguez^a, José Ramón Foruny Olcina^a, Manuel Pérez-Miranda^b, Laura Crespo Pérez^a, Agustín Albillos Martínez^a y Enriquez Vázquez Sequeiros^a

^a Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^b Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Río Ortega, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raquelriosleon@gmail.com (R. Ríos León).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.08.001>
0210-5705/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.