

## 7 años de Experiencia en el manejo de las perforaciones duodenales por CPRE en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

### 7 years of experience in the management of duodenal perforations by ERCP in the General Hospital “Dr. Manuel Gea Gonzalez”

Julio A. Campos-Badillo, José de J. Herrera-Esquivel, Roberto Délano-Alonso, Carlos Valenzuela-Salazar, Ivette Santillan-Lomelí, Marco A. Madrigal-Tellez, Miguel A. López-y López, Eduardo Jordan-García, Andy G. Rivera-Flores, Ayermin Vargas-Salgueiro, Laura Malpica-Rivera, Victor Sevilla-Lizcano, Martín Hernández-Marquez, Erika Montijo-Barrios, Manuel Moncayo-Pulido, Jaime A. González-Angulo Rocha, Francisco X. Serrano-Andrade y Francisco Pérez-López

Servicio de Endoscopia Gastrointestinal y Cirugía Endoscópica del Hospital General “Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México, México

### Resumen

**Introducción:** Se informa que las complicaciones relacionadas con la endoscopia retrógrada endoscópica (CPRE) son tan altas como el 12%, la tasa de perforación intestinal relacionada con la CPRE es de 0,3 al 1,0%, y está relacionada con una mortalidad de hasta 25%. El propósito de este estudio es Revisar nuestra experiencia en 7 años con el manejo de perforaciones duodenales relacionadas a CPRE. **Material y métodos:** Se realizó una revisión de expedientes de pacientes que experimentaron perforaciones duodenales post-CPRE y que además fueron sometidos a esfinterotomía con precorte. La revisión abarco un periodo de 7 años y se describen como principales resultados el manejo no quirúrgico (incluido endoscópico y médico) y el manejo quirúrgico así como diagnóstico y mortalidad hospitalaria. **Resultados:** Se encontraron 10 casos de perforación duodenal post-CPRE desde marzo 2012 hasta febrero 2019, se descartaron 2 casos por ser perforaciones debidas a migración de endoprótesis biliar, quedando en total 8 casos para el estudio. 5 mujeres y 3 hombres con una edad promedio de 66 años. La principal indicación del estudio fue el riesgo alto de coledocolitiasis en 50%, El diagnóstico de perforación duodenal se realizó el 100% en un periodo mayor de 24 horas, el estudio mas útil para el diagnóstico fue la Tomografía con contraste. Al 100% de los casos se colocó prótesis biliar plástica I, solo 3 pacientes presentaron pancreatitis post-CPRE y 1 caso requirió revisión por hemorragia post esfinterotomía. 6 casos presentaron perforaciones tipo II, 3 pacientes requirieron cirugía de urgencia, otros 3 solo recibieron manejo medico endoscópico y 2 pacientes requirieron tratamiento paliativo. Estos últimos fueron las únicas 2 defunciones durante el estudio. **Conclusiones:** La valoración previa del paciente y de los procedimientos de alto riesgo nos permitirían clasificar a los pacientes con alto riesgo de perforación y con ello poder emplear una vigilancia más estrecha para un diagnóstico y tratamiento oportuno, ya que mientras más tarde sea el tratamiento existe mayor morbimortalidad de acuerdo a los reportes en la literatura. Afortunadamente nuestra tasa e perforaciones no es tan alta pero aún sigue siendo una de las complicaciones más temibles para los endoscopistas.

**Palabras clave:** Perforaciones duodenales. Colangiografía Retrograda Endoscópica. Perforación intestinal.

#### Correspondencia:

Julio A. Campos-Badillo  
Email: jacband4@hotmail.com

Fecha de recepción: 31-07-2020  
Fecha de aceptación: 14-08-2020  
DOI: 10.24875/END.M20000297

Endoscopia. 2020;32(Supl 2):443-603  
www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2020. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

**Table 1.** Características Generales

Caso	Edad (años)	Sexo	Tipo*	Tiempo para el Diagnóstico (horas)	Tiempo para el Tratamiento (horas)	Tipo de tratamiento	Mortalidad durante el internamiento	Estancia Hospitalaria (días)
1	78	F	II	>24	>24	Qx	No	63
2	52	F	II	>24	>24	Qx	No	49
3	87	F	II	>24	<24	P	Si	5
4	43	M	III	>24	<24	C	No	15
5	49	F	II	>24	>24	Qx	No	18
6	60	M	II	>24	<24	C	No	10
7	74	F	IV	>24	<24	C	No	5
8	91	M	II	>24	<24	P	Si	3

Qx: Quirúrgico, C: Conservador, P: Paliativo, M: Masculino F: Femenino,

\*Tipo de perforación acorde a la clasificación de Stapfer

Datos obtenidos de los expedientes y el archivo interno del Hospital General Dr. Manuel Gea González

**Table 2.** Características generales de la CPRE

Caso	Indicación	Resultado	Evento adverso	Prótesis**
1(+)	– Síndrome icterico -Colangitis moderada – Riesgo Alto de coledocolitiasis	Colangitis Grado II más coledocolitiasis no resuelta	Perforación duodenal	SÍ
2	– Síndrome Ictérico-Riesgo alto de coledocolitiasis	Coledocolitiasis no resuelta	Perforación duodenal	SÍ
3** (+)	Síndrome icterico en estudio, riesgo alto de coledocolitiasis vs tumoración biliar más colangitis severa	Colangitis Estenosis biliar. Tumoración de a vía biliar	Perforación duodenal	SÍ
4	– Riesgo alto de coledocolitiasis -Colecistitis crónica litiasica	Coledocolitiasis resuelta	Perforación duodenal Pancreatitis post-CPRE	SÍ
5	– Colecistitis aguda grado II, -Colecistectomía subtotal laparoscópica y drenaje de absceso hepático – Fistula biliar de alto gasto	Lesión biliar Strasberg A	Perforación duodenal Pancreatitis post-CPRE, Absceso Hepático	SÍ
6	Colecistitis Aguda grado II, Colecistectomía subtotal, Fistula biliar de alto Gasto	Lesion biliar Strasberg A	Perforación duodenal Pancreatitis post-CPRE	SÍ
7	Colecistitis aguda grado III, Colecistectomía subtotal mas Fistula biliar refractaria a manejo conservador	Lesion biliar Strasberg A	Perforación duodenal	SÍ
8*(+)	Síndrome icterico en estudio más clangitis severa	Colangitis Estenosis biliar. Tumoración de a vía biliar Colocación de Clip endoscópico por sangrado de papila	Perforación duodenal, Hemorragia postesfinterotomía	SI

\* Se realizó nueva CPRE por sangrado de la esfinterotomía

(+) El diagnostico final fue colangiocarcinoma

\*\* Prótesis plástica de 7 Fr y 10 x 10 cm

Datos obtenidos de los expedientes y el archivo interno del Hospital General Dr. Manuel Gea González

**Tabla 3.** Características de los pacientes quirúrgicos

Caso	Diagnóstico	Tratamiento quirúrgico	Tratamiento endoscópico	Tratamiento conservador
1	– TC con aire libre en cavidad y fuga de contraste. – Datos clínicos de irritación peritoneal	Laparoscopia diagnóstica, conversión a laparotomía exploradora, cierre primario de perforación duodenal, evisceración lavado de cavidad y colocación de drenaje.	Colocación de endoprótesis plástica	Ayuno Antibiótico de amplio espectro TC seriadas Vigilancia estrecha de signos vitales y de datos de irritación peritoneal NPT en caso de pacientes desnutridos o con riesgo nutricio alto
2	– TC con aire libre en cavidad y fuga de contraste. – Datos clínicos de irritación peritoneal	Laparotomía exploradora, exploración de la biliar, retiro de endoprótesis, colocación de drenajes.	Colocación de endoprótesis plástica	Ayuno Antibiótico de amplio espectro TC seriadas Vigilancia estrecha de signos vitales y de datos de irritación peritoneal NPT en caso de pacientes desnutridos o con riesgo nutricio alto
4	Fuga de líquido intestinal por drenaje colocado durante la colecistectomía	Colecistectomía laparoscópica** más colocación de drenajes	Colocación de endoprótesis	Ayuno Antibiótico de amplio espectro TC seriadas Vigilancia estrecha de signos vitales y de datos de irritación peritoneal NPT en caso de pacientes desnutridos o con riesgo nutricio alto

NPT: Nutrición parenteral

\* Los familiares no aceptaron manejo quirúrgico.

\*\*Colecistectomía de rutina posterior a la resolución de la coledocolitiasis más drenaje cerrado y posteriormente se realizó nueva CPRE por fistula de alto gasto con colocación de prótesis biliar.

Datos obtenidos de los expedientes y el archivo interno del Hospital General Dr. Manuel Gea González

**Tabla 4.** Características de los pacientes no quirúrgicos

Caso	Diagnóstico	Tratamiento endoscópico	Tratamiento conservador
3	– TC con aire libre en cavidad	Colocación de endoprótesis plástica	Ayuno Antibiótico de amplio espectro Vigilancia estrecha de signos vitales y de datos de irritación peritoneal Valoración por cuidados paliativos NPT en caso de pacientes desnutridos o con riesgo nutricio alto
5	– TC con escaso aire libre en cavidad sin fuga de contraste. – Sin clínica de peritonitis	Colocación de endoprótesis plástica	Ayuno Antibiótico de amplio espectro TC al 4 día Vigilancia estrecha de signos vitales y de datos de irritación peritoneal NPT en caso de pacientes desnutridos o con riesgo nutricio alto
6	– TC con escaso aire libre en retroperitoneo, sin fuga de contraste. – Sin irritación peritoneal	Colocación de endoprótesis plástica	Ayuno Antibiótico de amplio espectro TC seriadas Vigilancia estrecha de signos vitales y de datos de irritación peritoneal NPT en caso de pacientes desnutridos o con riesgo nutricio alto
7	– Fuga escasa de contraste durante la colangiografía – TC con aire libre en cavidad con fuga de contraste a retroperitoneo, datos tomográficos de pancreatitis aguda Baltazar B y clínica de pancreatitis.	Colocación de endoprótesis plástica	Ayuno Antibiótico de amplio espectro TC seriadas Vigilancia estrecha de signos vitales y de datos de irritación peritoneal NPT en caso de pacientes desnutridos o con riesgo nutricio alto
8	– TC con aire libre en cavidad y fuga de contraste. – Datos clínicos de irritación peritoneal	Colocación de endoprótesis plástica	Ayuno Antibiótico de amplio espectro TC seriadas Vigilancia estrecha de signos vitales y de datos de irritación peritoneal Valoración a cuidados paliativos. NPT en caso de pacientes desnutridos o con riesgo nutricio alto

NPT: Nutrición parenteral

\* Los familiares no aceptaron manejo quirúrgico.

\*\*Colecistectomía de rutina posterior a la resolución de la coledocolitiasis más drenaje cerrado y posteriormente se realizó nueva CPRE por fistula de alto gasto con colocación de prótesis biliar.

Datos obtenidos de los expedientes y el archivo interno del Hospital General Dr. Manuel Gea González