

**PERFORACION DUODENAL POST PCRE: UN CASO INUSUAL DE SEPSIS RETROPERITONEAL****POST PCRE DUODENAL PERFORATION: AN UNUSUAL CASE OF RETROPERITONEAL SEPSIS**

*Ortiz Huari Henry Miguel*<sup>1,2,3</sup>,  
ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9196-6585>

*Ruiz Palomares Ulises Lionel*<sup>4</sup>,  
ORCID <https://orcid.org/0000-0002-4247-1738>

*Anaya Ureña David*<sup>4</sup>  
ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5168-0112>

**RESUMEN**

Se presenta el caso clínico de una perforación duodenal post PCRE (pancreato colangiografía retrograda endoscópica), en una paciente mujer de 70 años que acude al Hospital Nacional Ramiro Priale Priale EsSalud Huancayo (HNRPP) en setiembre del 2019 posteriormente a una polipectomía duodenal. La incidencia de complicaciones de la técnica varía de 5,4% al 23,0% y la mortalidad general de 0,1% al 1%. Sin embargo, la mortalidad puede verse incrementada en casos en los que se produce un retraso en el diagnóstico y tratamiento de la perforación duodenal alcanzado un 8-23%, como consecuencia de la sepsis y el fracaso multiorgánico secundario. La perforación duodenal post PCRE es una complicación poco frecuente y potencialmente mortal, por lo tanto, la clasificación y las pautas de tratamiento se basan en pequeñas series de casos y no existen estudios prospectivos con alto poder estadístico.

**PALABRAS CLAVE:** PCRE, perforación duodenal, sepsis.

**ABSTRACT**

The clinical case of a post-PCRE duodenal perforation (pancreatic retrograde endoscopic cholangiography) is presented in a 70-year-old female patient who attends the Ramiro Priale Priale EsSalud Huancayo National Hospital (HNRPP) in September 2019 after a duodenal polypectomy. The incidence of complications of the technique varies from 5.4% to 23.0% and the general mortality from 0.1% to 1%. However, mortality can be increased in cases where there is a delay in the diagnosis and treatment of duodenal perforation reached 8-23%, as a consequence of sepsis and secondary multiorgan failure. Post PCRE duodenal perforation is a rare and life-threatening complication, therefore, classification and treatment guidelines are based on small case series and there are no prospective studies with high statistical power.

**KEY WORDS:** ERCP, duodenal perforation, sepsis.

<sup>1</sup>Medico-Cirujano. <sup>2</sup>Especialista en Cirugía General. <sup>3</sup>Docente de la Facultad de Medicina Humana. Universidad Peruana Los Andes (UPLA). Huancayo-Perú.

<sup>4</sup>Medico Residente de Cirugía General. Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional del Centro del Perú (UNCP).

## INTRODUCCION

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una técnica endoscópica que fue desarrollada como una herramienta fundamental para el diagnóstico y tratamiento de diversos problemas pancreáticos y biliares. La esfinterotomía tiene como objetivo principal el estudio por imágenes del árbol biliar, permitiendo cuando sea el caso drenarlo y eliminar cálculos biliares, de igual manera se pueden realizar un gran número de procedimientos terapéuticos como son la colocación de endoprótesis (stents) en el conducto hepático común y pancreático. La CPRE es una técnica endoscópica segura y ha ganado cada vez más terreno como un procedimiento mínimamente invasivo para la exploración del árbol biliar y con menor riesgo de presentar complicaciones en comparación con la cirugía, sin embargo, presenta riesgo de complicaciones tales como pancreatitis, perforación y hemorragia<sup>1</sup>.

La incidencia de complicaciones mayores varía de 5,4% al 23,0% y la mortalidad general de 0,1% al 1%<sup>2</sup>. Sin embargo, los valores de mortalidad pueden incrementarse vertiginosamente en casos en los que se toman decisiones no adecuadas y se produce un retraso en el diagnóstico y tratamiento de la perforación duodenal alcanzado un 8-23%, como consecuencia de la sepsis y el fracaso multiorgánico secundario<sup>3</sup>.

La clasificación más comúnmente utilizada es la de Stapfer<sup>4</sup> que valora en su contenido el mecanismo de la lesión, la ubicación anatómica y la gravedad de la lesión, estos componentes le otorgan a este sistema un mayor poder predictivo sobre la necesidad de tratamiento quirúrgico. (Figura 1)<sup>4</sup>: tipo I: perforación de la pared intestinal libre, tipo II: perforación duodenal retroperitoneal secundaria a lesión peri ampular, tipo III: perforación del conducto pancreático o biliar y tipo IV: aire libre retroperitoneal solo.

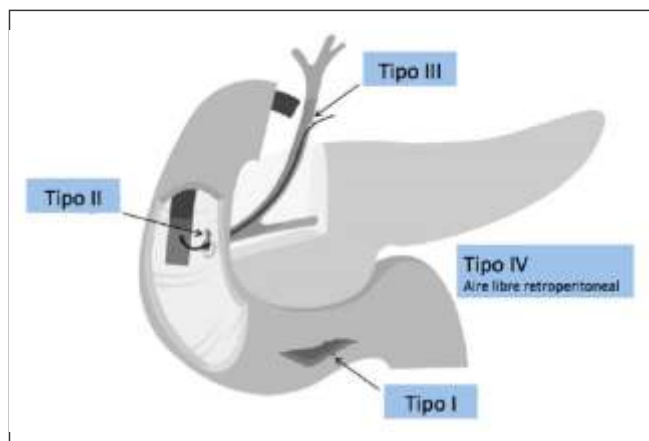


Figura 1. Clasificación de Stapfer de perforaciones duodenales post-CPRE.

A partir de esta clasificación se propone tomar decisiones para un manejo adecuado de la lesión diagnosticada.



Figura 2. Tratamiento de las perforaciones duodenales post-CPRE.

## CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente mujer de 70 años de edad que fue sometida a una polipectomía de duodeno por vía endoscópica refiriendo el médico tratante después del procedimiento que se había producido una lesión en el duodeno. La paciente es tratada inicialmente con un manejo conservador en la institución de salud y dada de alta después aparentemente en buen estado de salud. La paciente después de aproximadamente 2 semanas ingresa al hospital refiriendo malestar general, ictericia y leve dolor abdominal. Es evaluada por cirugía de emergencia durante su hospitalización en el servicio de cuidados críticos por descompensación hemodinámica, en donde se evidencia en una TC abdominal la presencia de una gran colección retroperitoneal en relación al antecedente endoscópico (Figura 3).

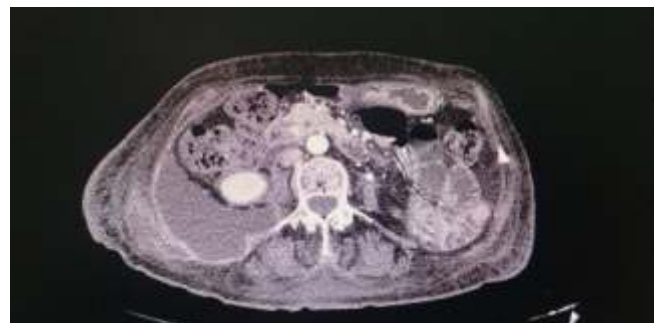


Figura 3. TC abdominal con presencia de gran colección retroperitoneal.

Basados en la literatura presentada se toma la decisión de proceder a tratamiento quirúrgico. Se evidenció en sala de operaciones una perforación de aproximadamente 2,2 cm (Figura 4), procediéndose a realizar una exclusión duodenal.



Figura 4. Perforación duodenal en cara posterior del duodeno.

La paciente presentó evolución favorable en el postoperatorio durante aproximadamente 2 semanas, pero presentó complicación de manejo de medio interno falleciendo de paro cardíaco a la tercera semana de evolución.

## DISCUSIÓN

Las perforaciones duodenales post PCRE son infrecuentes, pero pueden alcanzar valores elevados de mortalidad entre 8-23%<sup>1</sup>. Es de vital importancia el reconocimiento precoz de la lesión y tener una alta sospecha diagnóstica de su presencia. En el desarrollo de los algoritmos de manejo de esta patología se menciona que la mejor prueba para su diagnóstico es la solicitud de una TC abdominal<sup>5</sup>. Además, la valoración de la lesión se debe realizar a partir de la clasificación de Stapfer<sup>4</sup> y se debe tener en consideración el tiempo de evolución de la lesión. Se tiene que tener en consideración la evaluación de los factores de riesgo para una perforación que incluyen la edad de los pacientes y la presencia de diagnóstico de malignidad<sup>6</sup>.

En el presente caso clínico la decisión de intervención quirúrgica se tomó en relación a la evolución de la paciente y por los hallazgos intraoperatorios. Se debe mencionar que en relación al tiempo de enfermedad si bien es cierto que el retroperitoneo tiende a limitar el proceso, se evidenció en el presente caso que la colección contenida estaba con presencia de pus y que esta característica tuvo relación directa con la evolución e la paciente.

Finalmente se debe referir que esta complicación esta mas relacionada a una curva de aprendizaje de parte de los endoscopistas y que se tiene una prevalencia menor en centros de mayor complejidad y de referencia<sup>5,6</sup>.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las perforaciones duodenales post PCRE deben ser valoradas en relación a su clasificación anatómica, el tiempo de evolución de la lesión y la respuesta del paciente al tratamiento inicial indicado. La indicación de cirugía se da en relación al tipo I y se debe desarrollar en la evaluación clínica constante del paciente. Solo se plantea una reparación primaria si la lesión se reconoce en las primeras 12 horas de evolución de la lesión, en los demás casos es un consenso la realización de una exclusión duodenal.

Se recomienda el desarrollo de los algoritmos clínicos existentes<sup>1,4,5</sup> para el manejo de esta patología que a pesar de no ser frecuente tiene un desenlace fatal en la mayoría de casos.

## CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perea E, Herranz P, Tallón L, López JA, Oliva F, Padillo J. Manejo de las perforaciones duodenales post-CPRE. *Cir Andal*. 2019; 30(1):72-76.
2. Krishna RP, Singh RK, Behari A, Kumar A, Saxena R, Kapoor VK. Post-endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography Perforation Managed by Surgery or Percutaneous Drainage. *Surg Today*. 2011; 41(5): 660–666. doi: 10.1007/s00595-009-4331-z
3. Machado NO. Management of Duodenal Perforation Post-Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography. When and Whom to Operate and What Factors Determine The Outcome? A Review Article. *JOP*. 2012; 13(1): 18-25.
4. Stapfer M, Selby R, Stain SC, Katkhouda N, Parekh D, Jabbar N et al. Management of Duodenal Perforation After Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography and Sphincterotomy. *Ann Surg*. 2000; 232(2): 191–198. doi: 10.1097/0000658-200008000-00
5. Kumbhari V, Sinha A, Reddy A, Afghani E, Cotsalas D, Patel YA et al. Algorithm for the management of ERCP-related perforations. *Gastrointest Endosc*. 2016; 83(5): 934-43. doi: 10.1016/j.gie.2015.09.039
6. Langerth A, Isaksson B, Karlsson BM, Urdzik J, Linder S. ERCP-related perforations: a population-based study of incidence, mortality, and risk factors. *Surg Endosc*. 2019. doi: 10.1007/s00464-019-06966-w

Fecha de recepción : 14-10-2019

Fecha de aprobación : 28-10-2019

Correspondencia a: Henry Miguel Ortiz Huari

Dirección : Jr. Ciro Alegría 215 – Huancayo

e-mail : [d.hortiz@upla.edu.pe](mailto:d.hortiz@upla.edu.pe)

