



CASOS CLÍNICOS

ENFISEMA MASIVO SUBCUTÁNEO POSTERIOR A LA REALIZACIÓN DE UNA COLANGIOPANCREATOGRFÍA RETROGRADA ENDOSCÓPICA CON ESFINTEROTOMIA Y SÍNDROME DE LEMMEL

MASSIVE SUBCUTANEUS EMPHYSEMA FOLLOWING ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY WITH SPHINCTEROTOMY AND LEMMEL SYNDROME.

Dr. Juan Héctor Valdivia Guiteraz*

RECIBIDO: 17/06/16
ACEPTADO: 23/11/16

RESUMEN

La colangiopancreatografía endoscópica es un procedimiento muy frecuente en nuestro medio como parte del diagnóstico y tratamiento de patologías de la vía biliar, sin embargo no es exento de complicaciones algunas de ella pueden considerarse graves. En el presente caso clínico se presenta una paciente femenina de 55 años, a la cual se le realizó una CPRE con Diagnóstico de un síndrome de Lemmel, se le realizó esfinterotomía, a las cuatro horas post procedimiento desarrolla un enfisema subcutáneo masivo además de neumoperitoneo y neumotórax, sin datos de peritonismo ni dolor abdominal. Se presenta el caso debido a lo llamativo de la presentación clínica, la resolución rápida solo con manejo conservador.

En conclusión al parecer se produce esta complicación post CPRE debido a una microperforación, no existe una perforación evidente duodenal, o biliar, y el divertículo suprapapilar actúa como un sistema de baja presión con efecto valvular produciendo escape de aire hacia planos faciales subcutáneos peritoneales y pleurales debido a la insuflación por el duodenoscopio, el manejo es conservador y de buen pronóstico.

PALABRAS CLAVES: Colangiopancretografía Retrograda Endoscópica, Enfisema subcutáneo.

ABSTRACT

Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP), is a very common procedure in our commonly used in the diagnosis and treatment of biliary pathology, though not without complications, some of them can be considered serious. In this case report a female patient of 55 years old is presented, which is performed ERCP with Syndrome diagnosis Lemmel, with sphincterotomy, at four hours post procedure developed massive subcutaneous emphysema besides pneumoperitoneum and pneumothorax, no data of peritonitis or abdominal pain, clinical case due to the striking of the clinical presentation and rapid resolution with conservative management alone is presented.

* Gastroenterólogo endoscopista digestivo

In conclusion apparently this post ERCP complication due to Microperforation occurs, there is no apparent biliary or duodenal perforation, and supra papillary diverticulum acts as a low pressure system with valve effect causing air leakage into subcutaneous fascial planes, and peritoneal and pleural due insufflation with duodenoscope, management is conservative and good prognosis.

KEY WORDS: Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography, subcutaneous emphysema

INTRODUCCIÓN

La colangiopancreatografía retrograda Endoscópica, (CPRE), es un procedimiento esencial en el diagnóstico y en la terapéutica de las enfermedades biliopancreáticas. (1-5) En los últimos años debido a la incidencia de complicaciones muchas de estas graves, existe ya el consenso de realización de procedimientos menos invasivos para determinar diagnóstico de patología biliopancreática, como ser el Ultrasonido Endoscópico (USE), y la Colangio resonancia magnética, dejando el uso de la CPRE para procedimientos netamente terapéuticos, estos últimos dos procedimientos no se realizan en nuestro medio de rutina, debido a costos, muy pocos centros cuentan con los equipos y operadores, por lo que son muy limitados, debido a esto la CPRE sigue siendo utilizada aun como procedimiento diagnóstico y también terapéutico en nuestro medio. Existe también consenso sobre la realización de la CPRE con indicaciones muy específicas, con endoscopistas calificados, y con monitorización y cuidado continuo durante el procedimiento. Las complicaciones de este procedimientos son poco frecuentes pero algunas muy severas y pueden requerir manejo quirúrgico inmediato otras solo necesitan manejo clínico y expectante. El diagnóstico precoz de las complicaciones tras la realización de una CPRE determinará el correcto tratamiento de esta complicación, que debe comprender variaciones en la clínica y fisiología del paciente.

En los centros mas experimentados las complicaciones mas frecuentes son pancreatitis aguda en un rango de

3.5% al 39 % estas pueden ser leves las mas frecuentes o las severas en 1,5%, perforación biliar o duodenal en un 0.16%, hemorragia en un 0.62 %, infección 0.75%, complicaciones cardiacas o pulmonares en un 0.25%, a lo cual se añade un grupo denominado misceláneo en un 1.3%. (3-4)

Uno de los signos imagenológicos más temidos es la presencia de aire en la cavidad abdominal. (2-3)

Presento en este caso un caso de una paciente femenina que presento un enfisema masivo, con neumoperitoneo y neumomediastino post CPRE.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 55 años de edad, sin antecedentes de importancia, presenta cuadro clínico de dolor en abdomen superior, nauseas vómitos gástricos a lo que se le añade coluria además de ictericia generalizada moderada, es internada y se le solicitan laboratorios de rutina que confirman el cuadro colestásico por hiperbilirrubinemia 7.2 mg/dl , a predominio de la bilirrubina directa, fosfatasa alcalina discretamente alta 180 mg/dl, AST 120 U/dl ALT 199 u/dl elevadas, hemograma normal, el resto del laboratorio incluyendo lipasemia y amilasemia normales, el diagnóstico de pancreatitis aguda fue excluido, además el ultrasonido abdominal concluye en colelitiasis, hígado graso leve y dilatación de la vía biliar extrahepática con un colédoco de 9 mm, sin evidencia clara de coledocolitiasis.

Con estos datos se solicita una CPRE, para descompresión de la vía biliar previa a la realización de una Colectomía. Se realiza la CPRE la cual reporta divertículo duodenal peri y suprapapilar, (síndrome de

Lemmel), vía biliar levemente dilatada 8 mm no se encuentran litos y si se realiza una mediana esfinterotomía de descarga. A las 4 horas después del procedimiento la paciente desarrolla enfisema subcutáneo inicialmente a nivel facial luego progresivo y se torna generalizado y masivo dentro de las primeras 12 h, con crepitaciones subcutáneas en todo el cuerpo, llama la atención que no existe dolor, ni datos de peritonismo abdominal, ni signología cardiopulmonar en la paciente, se solicitan estudios laboratoriales de urgencia, no existiendo alteraciones en el hemograma, amilasemia, lipasemia normales, la bilirrubina disminuyó a 3 mg /dl la fosfatasa alcalina 170 U/dl, transaminasa se mantuvieron sin modificaciones significativas el resto de laboratorios normales, se solicito radiografías de tórax y abdomen así como una Tomografía axial computarizada de abdomen de urgencia, las radiografías evidencian masivo enfisema subcutáneo así como neumotorax y neumoperitoneo, la tomografía es reportada de forma muy similar, neumomediastino, neumoperitoneo asociado a masivo enfisema subcutáneo. (Figuras N° 1, N° 2, N° 3).

Figura N° 1
Rx placa simple de abdomen



Figura N° 2
TAC abdomen

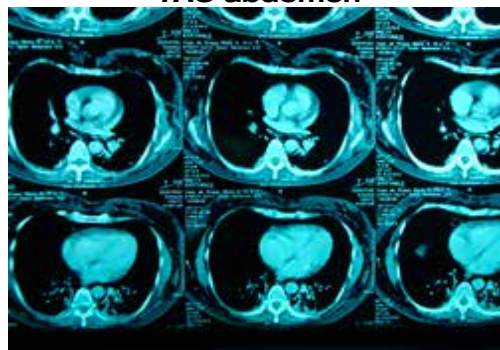
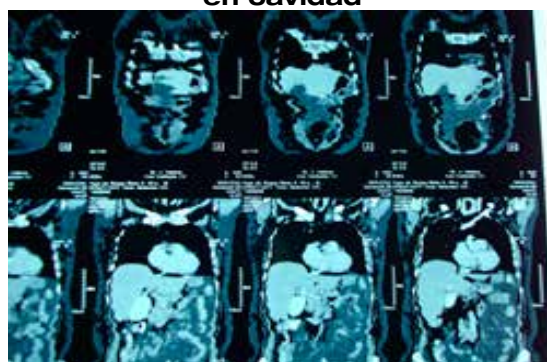


Figura N° 3
TAC de Abdomen notese el aire libre en cavidad



El paciente es monitorizado en terapia intermedia sin presentar anomalías cardiopulmonares ni datos de peritonismo, además imagenológicamente no se evidencia datos que sugieran perforación, la paciente es manejada conservadoramente, incluso se le inicia dieta dentro de las 24 h post procedimiento, y tiene una evolución favorable con desaparición del enfisema en las 72 horas posteriores al procedimiento. La Paciente es dada de alta el cuarto día y 10 días posteriores a su alta se le realiza una colecistectomía laparoscópica sin intercurencias.

DISCUSIÓN

La presencia de enfisema subcutáneo es una rara pero bien reconocida complicación, y cuenta con muy pocos reportes en la literatura mundial, existen dos probables explicaciones para explicar este hallazgo, la primera menciona, si bien durante el procedimiento CPRE, no se evidencia

una perforación obvia, parece que existe una interrupción de la mucosa. O una pequeña perforación iatrogénica (microperforación), posterior a este acontecimiento el aire insuflado a presión por el duodenoscopio durante el procedimiento se extiende a planos facial subcutáneo lo que se manifiesta por enfisema subcutáneo, o difundirse a cavidad peritoneal produciendo neumoperitoneo, o incluso escapar por pequeñas comunicaciones entre el espacio pleural y el peritoneo causando neumotórax y neumomediastino. (2-3-4-6-7). También en este caso se ha propuesto que cualquier sitio de baja presión como una úlcera o un tumor o quizás como nuestro caso la presencia de un divertículo duodenal, puede servir como una válvula de liberación durante la insuflación. (2). Una vía alternativa en la creación de enfisema pulmonar intersticial es una ruptura alveolar debido al aumento de la presión intratorácica secundaria a vómitos los cuales frecuentemente se presentan posterior a la realización de la CPRE. En este caso aire alcanza el mediastino a través de las vainas pleurales adyacentes broncovasculares. Esto puede traducirse en el enfisema subcutáneo masivo. (3).

CONCLUSIÓN

Si bien en primera instancia es muy alarmante tener este cuadro en algún paciente, todos los casos descritos en la literatura además del caso tratado por nuestro servicio, tiene una evolución benigna y con tratamiento conservador, presentamos este caso en particular por lo aparatoso de la presentación clínica y a la vez la resolución rápida y solo con medidas conservadoras, no existe reporte mundial en relación a su asociación con un síndrome de Lemmel, pero si con la esfinterotomía, concluimos por lo revisado que en el caso el enfisema masivo subcutáneo se deba a microperforación iatrogénica, o en su defecto el divertículo duodenal actuó como un sistema de baja presión con efecto valvular y escape de aire por la insuflación del duodenoscopio a planos faciales subcutáneos y escape hacia peritoneo e incluso por pequeñas comunicaciones entre peritoneo y pleura producir el neumoperitoneo y neumotórax como en el presente caso.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener conflicto de intereses en el presente caso clínico.

REFERENCIAS

- 1- Mosler P, Fogel EL. Massive subcutaneous emphysema after attempted endoscopic retrograde cholangiopancreatography in a patient with a history of bariatric gastric bypass surgery. *Endoscopy*. 2007;39: 155-156
- 2- Zampasiotis F, Wiles A, Sakuakat S. And col. Bilateral Pneumothorax and subcutaneous emphysema following ERCP a rare complication. *Diagn therapeutic Endoscopy*. 2010 ; 89: 40-45.
- 3- Papamichail M, Nikolaidis N, Anastasiu E. and Col, Massive subcutaneous emphysema following ERCP with sphincterotomy. *Case Rep Gastroenterology*. 2010; 4: 399-403.
- 4- Kumar S, Kumar D, Datta R. and col. Unusual occurrence of massive subcutaneous emphysema during ERCP under general anaesthesia. *Indian journal of anaesthesia* 2013; 57: 6.
- 5- Menendez P, Padilla D, Villarejo P. Neumoperitoneo, Neumoretroperitoneo Neumotórax bilateral, Neumomediastino y enfisema subcutáneo secundario a CPRE. *REV Gastroenterológica del Perú* 2012;3: 158-164
- 6- Seymann G, Savides T. Massive Subcutaneous emphysema after ERCP. *American Journal of medicine* 2010; 123 (9).
- 7- Ferrara F, Luigiano C, Billi P, Jovine E, Cinquantini F, D. Imperio N. Pneumothorax, pneumomediastinum, pneumoretroperitoneum, and subcutaneous emphysema after ERCP. *Gastrointest Endosc* 2009;69:1398401.