

* Autor para correspondencia. Calle 96 #71-109 Barranquilla, Colombia. Teléfono +573016032081
 Correo electrónico: giovannacasadieago@gmail.com
 (G.K. Casadieago).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2024.08.005>
 0375-0906/ © 2024 Asociación Mexicana de Gastroenterología.
 Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Desgarro esplénico por CPRE: reporte de caso y revisión de la literatura



Splenic tear due to ERCP: A case report and literature review

Los eventos adversos relacionados con la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) incluyen pancreatitis, hemorragia, perforación y colangitis. El desgarro esplénico (DE) es un evento adverso raro, pocos casos han sido reportados en el mundo¹. Presentamos un caso de desgarro esplénico posterior a la CPRE en una mujer de 41 años sin comorbilidades, y con antecedente de colecistectomía laparoscópica 15 días previos y lesión biliar posquirúrgica Strasberg B y C. Ingresó a urgencias por dolor en hipocondrio derecho y dilatación de la vía biliar intrahepática derecha demostrada por tomografía computarizada (TC). Se sospechó de coledocolitiasis residual, por lo que se indicó CPRE. El procedimiento se realizó con un duodenoscopio Pentax ED34-i10T (Pentax, Japón), en posición supina y el duodenoscopio pasó libremente y sin resistencia hacia el duodeno con adecuada visualización de la papila de Váter, tras varios intentos fallidos de canulación estándar con esfinterotomo, se decidió realizar precorte infundibular y se observó una perforación periampular retroperitoneal (Stapfer II) y hemorragia periampular que cedió espontáneamente. Posterior al evento adverso la paciente presentó taquicardia e hipotensión y descenso de Hb de hemoglobina sérica de 14.3 a 7.9 g/dL. Se indicó TC en la cual se observó hemoperitoneo (figs. 1a y b). Se le realizó laparotomía de urgencia con esplenectomía y drenaje de hemoperitoneo de 1300 cc, se observó desgarro tipo 1 del ligamento esplenocólico (fig. 2). Durante la cirugía, se realizó acceso anterógrado de la vía biliar con técnica de rendez-vous por coledocotomía con una guía hidrofílica 0.035'' y posteriormente colocación de

prótesis metálica expandible 10 × 60 mm (WallStent, Boston Scientific) para manejo de la perforación periampular Stapfer II. La evolución de la paciente fue satisfactoria, sin signos de recurrencia de la hemorragia.

El DE secundario a CPRE es una condición que puede poner en peligro la vida, y hay pocos casos reportados en la literatura¹⁻⁶. Hay varios mecanismos propuestos: tracción del ligamento gastroesplénico o esplenocólico originado por «asa larga», «peloteo» del endoscopio por «asa larga» con desgarro de la cápsula esplénica por la torción de la curvatura mayor gástrica²⁻⁴. La dificultad para acceder a la vía biliar, el tiempo prolongado del procedimiento, la sobre distensión de la cámara gástrica, la manipulación del duodenoscopio y la torción del duodenoscopio pueden estar relacionadas con las lesiones esplénicas. Otro mecanismo propuesto es la presencia de las adherencias por cirugías previas lo que puede originar rigidez en el bazo y los órganos adyacentes⁵. Probablemente debido a la dificultad para acceder a la vía biliar en nuestra paciente, que junto con la manipulación del duodenoscopio favoreció el DE por alguno de los mecanismos fisiopatológicos previamente descritos. El diagnóstico se sospecha por hipotensión arterial, descenso de hemoglobina y hallazgos en la TC. Hasta nuestro conocimiento este es el primer caso que se reporta con salida de sangre durante el procedimiento por el evento adverso (Stapfer II) durante el precorte, cuyo hallazgo nos hizo sospechar un evento adverso distinto a la perforación. La mayoría de los pacientes con perforación retroperitoneal periampular pueden ser tratados durante la CPRE, sin embargo, los pacientes con DE deben ser tratados mediante cirugía, se ha reportado manejo conservador en algunos pacientes sin inestabilidad hemodinámica⁶.

Los DE deben de considerarse en pacientes con hipotensión arterial repentina y/o disminución súbita de la hemoglobina durante la CPRE. El diagnóstico requiere una alta sospecha clínica, se debe corroborar con TC y el manejo usualmente es quirúrgico.

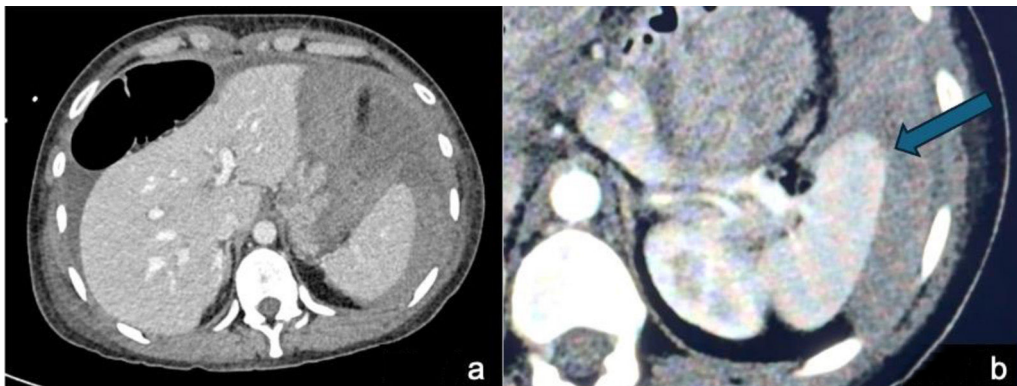


Figura 1 a) TC que muestra hemoperitoneo; b) TC en fase arterial que demuestra el sitio DE (flecha azul).



Figura 2 Daño esplénico secundario a desgarro de ligamento esplenocólico.

Consideraciones éticas

1. Se solicitó a la paciente el consentimiento informado para este trabajo, además de que en las imágenes se omitieron los datos personales de identificación.
2. El presente trabajo es un reporte de caso de manera retrospectiva, por lo que no fue necesario someterlo al comité de ética correspondiente.
3. Los autores declaramos que las imágenes mostradas en el trabajo no cuentan con información personal de identificación de la paciente por lo que se asegura el anonimato de esta.

Financiación

Los autores declaramos que no obtuvimos ninguna fuente de financiación para el presente trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos que no tenemos ningún conflicto de intereses en el presente trabajo.

Referencias

1. Pamudurthy V, Abraham RZ, Betlej T, et al. Etiologies and risks of splenic decapsulation after endoscopic retrograde cholangiopancreatography: Case report and literature review. *Endosc Int Open*. 2018;6:E271–3, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-125145>.
2. Lewis FW, Moloo N, Stiegmann GV, et al. Splenic injury complicating therapeutic upper gastrointestinal endoscopy and ERCP. *Gastrointest Endosc*. 1991;37:632–3, [http://dx.doi.org/10.1016/s0016-5107\(91\)70872-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0016-5107(91)70872-9).
3. Wu WC, Katon RM. Injury to the liver and spleen after diagnostic ERCP. *Gastrointest Endosc*. 1993;39:824–7, [http://dx.doi.org/10.1016/s0016-5107\(93\)70278-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0016-5107(93)70278-3).

4. Ahmad S, Bragg D, Zaitoun AM, et al. A dangerous loop. *Clin Case Rep*. 2016;4:535–6, <http://dx.doi.org/10.1002/ccr3.563>.
5. Grammatopoulos A, Moschou M, Rigopoulou E, et al. Splenic injury complicating ERCP. *Ann Gastroenterol*. 2014;27:177–8.
6. Lee R, Huelsen A, Saad N, et al. Splenic injury following endoscopic retrograde cholangiopancreatography: A case report and literature review. *Case Rep Gastroenterol*. 2017;11:241–9, <http://dx.doi.org/10.1159/000468515>.

G. López-Arce^a, D. Zamora-Valdés^{b,*}, E. Murcio-Pérez^c, M.A. Reyes-Caldelas^d y F.I. Téllez-Ávila^e

^a Departamento de Gastroenterología y Endoscopia, Hospital Ángeles Centro Sur, Querétaro, México

^b Hepatobiliary Surgery and Organ Transplant Department KASCH, KAMC, MNGHA Ar Rimayah, Riyadh, Arabia Saudi

^c Departamento de Endoscopia, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México

^d Departamento de Imagenología, Hospital Ángeles Acoxpa, Ciudad de México, México

^e Gastroenterology & Hepatology Division, University of Arkansas for Medical Sciences, Little Rock, Arkansas, Estados Unidos

* Autor para correspondencia. Hepatobiliary Surgery and Organ Transplant Department. KASCH, KAMC, MNGHA Ar Rimayah, Riyadh, Saudi Arabia. (+966) 558371125. Correo electrónico: dzamora@outlook.com (D. Zamora-Valdés).

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2024.09.002>

0375-0906/ © 2024 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).