

## Extracción quirúrgica de lito difícil con retención de canastilla de Dormia: Reporte de un caso y revisión de la literatura

M. Valdez Cano, I. Valderrama-Bastida, R. Gutierrez-Alvarado, O. Cedillo-Torres, C. J. Garcia-Martin, R. Rivera-Garcia, I. Esperón-Lorenzana, A. Arellano-Tejeda, R. Peñaloza-Anorve

### Introducción

Con el advenimiento de la cirugía por mínima invasión y la endoscopia se ha logrado disminuir la realización de procedimientos quirúrgicos abiertos, sin embargo aun existen hospitales que no cuentan con la tecnología médico-quirúrgica para la realización de los mismos, por lo que se recurre a realizarlos con el material disponible en la unidad médica. A continuación se describe el caso de una paciente con coledocolitiasis, lito de difícil extracción y consecuente retención de canastilla de Dormia, así como el manejo médico-quirúrgico-endoscópico ofrecido y su evolución.

### Presentación del caso

Se trata de paciente femenino de 17 años quien acude al servicio de urgencias con dolor abdominal generalizado y distensión abdominal, con antecedente de CPRE 15 días previos en un IMSS por coledocolitiasis (se desconocen hallazgos). Paciente refiere haber sido egresada de unidad médica aun con dolor abdominal. Posteriormente acude a urgencias del Hospital General de Ticomán SSCDMX donde se inicia protocolo de estudio, a la exploración física con fiebre de 38.3 grados centígrados, dolor abdominal generalizado, que se irradia a hemiabdomen derecho. Laboratoriales reportan leucocitosis (16.2), hemoglobina (9.8 g-dL), amilasa (452 u-L) y lipasa (550 u-L). Ultrasonido reporta

pancreas con aumento de volumen sin medidas, CCL con litos de hasta 15 mm en su interior, se solicita TAC de abdomen contrastada encontrándose colección retropancreática de gran volumen, dilatación del conducto coledoco (18 mm) y vesícula biliar de dimensiones disminuidas (imagen 1 y 2), colección perirrenal y en retroperitoneo derecho; se decide manejo quirúrgico encontrando como hallazgos: absceso perirrenal derecho que diseca a retroperitoneo, parte posterior del colon ascendente y ciego, 500 cc de material purulento, se deja en estatus de abdomen abierto, se reinterviene 72 horas después para lavado de cavidad, colocación de drenaje y afrontamiento de piel (imagen 3). 24 horas después presenta ictericia de patrón obstructivo más colangitis leve (Leucos 26.4, neu 93%, hb 10.9, hto 32.4, plaq 79 000, triglicéridos 525, **BT 8.4, BD 5.2**), se solicita CPRE en la cual se observa presencia de lito en colédoco (imagen 4) teniendo como complicación retención de canastilla de Dormia, requiriendo manejo quirúrgico de urgencia. Se realiza exploración de vías biliares con retiro de canastilla de Dormia con hallazgos de colédoco de 2 cm de diámetro con lito en su interior de 1.5 cm, vesícula biliar escleroatrófica con litos en su interior, se coloca sonda en T en colédoco de 16 Fr y se realiza colecistectomía parcial (imágenes 5, 6 y 7). En el postoperatorio presenta gastos en sonda en T de 150 cc en 24 horas, los cuales disminuyeron de manera gradual.

Fecha de recepción: 02-08-2019

Fecha de aceptación: 16-08-2019

DOI: 10.24875/END.M19000134

Endoscopia. 2019;31(Supl 2):400-401

www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2019. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

## Discusión

Los abscesos pancreáticos se encuentran descritos como complicaciones de pancreatitis aguda, que en un gran porcentaje ameritan manejo quirúrgico<sup>1</sup>, en caso de la paciente, pancreatitis post-CPRE severa según la clasificación de Cotton<sup>2</sup>, en cuanto a la litogénesis a temprana edad, como único factor de riesgo se encontró la hipertrigliceridemia<sup>3</sup>, la cual también se asocia a un peor pronóstico en pancreatitis<sup>4</sup>. Lo más probable es que la paciente haya presentado pancreatitis post-CPRE, teniendo como complicación la formación de un absceso pancreático que drenó hacia el retroperitoneo derecho, la ictericia obstructiva posterior orienta según criterios muy fuertes de la ASGE<sup>5</sup> (BT>4 y colangitis ascendente) a coledocolitiasis y a colangitis leve según Guías de Tokio<sup>6</sup>, con adecuada respuesta a antibiótico, solicitando CPRE, se identifica como lito de difícil extracción (15 mm y retención de canastilla)<sup>7</sup>, quedando canastilla atrapada en colédoco, por lo que se intenta litotripsia mecánica según recomendaciones de la ASGE<sup>7</sup> con litotriptor sin éxito. Se realiza procedimiento abierto con exploración de vías biliares, coledocotomía y drenaje de Kehr<sup>8</sup>, posteriormente se realiza colangiografía transonda en T postoperatoria, con adecuado paso de contraste a duodeno (imagen 8).

## Conclusión

La retención de canastilla de Dormia es una complicación poco frecuente en el manejo de lito difícil secundario al advenimiento de nuevas tecnologías endoscópicas para el manejo del mismo y al presentarse

amerita manejo quirúrgico de urgencia que por vía laparoscópica o abierta se complica, sobre todo si no se cuenta con los recursos necesarios. En un hospital de segundo nivel de atención con pocos recursos el lograr la resolución de un caso tan complejo representa un éxito, aunque lo ideal siempre será contar con todos los recursos disponibles, ya que si bien la colocación de sonda de Kehr en la actualidad ha caído en desuso por el alto riesgo de estenosis de colédoco, en este caso fue necesario derivar la vía biliar hasta contar con un estudio de imagen pertinente. En caso de ésta paciente la evolución fue satisfactoria, los gastos de la sonda en T disminuyeron de manera gradual, y posteriormente se retiró la misma sin complicaciones. Actualmente la paciente se valora por la consulta externa sin presentar a la fecha alguna complicación.

## Referencias

1. Bjornson B. Pancreatic abscess: Diagnosis and management. *Pancreas*. 1991; 6(1):531-36.
2. Chandrasekhara V, Khashab M, Muthusamy R, Acosta R, Agrawal D, Bruining D, et al. Adverse events associated with ERCP. *Gastrointestinal endoscopy*. 2017; 85(1):32-47.
3. Smelt A. Triglycerides and gallstone formation. *Clinica chimica acta; international journal of clinical chemistry*. 2010; 411(21-22):1625-31.
4. Wang Q, Wang G, Qiu Z, He X, Liu C. Elevated Serum Triglycerides in the Prognostic Assessment of Acute Pancreatitis. A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *J Clin Gastroenterol*. 2017; 51(7): 586-93.
5. Maple J, Ben-Menachem T, Anderson M, Appalaneni V, Banerjee S, Cash B, et al. The role of endoscopy in the evaluation of suspected choledocholithiasis. *Gastrointestinal endoscopy*. 2010; 71(1):1-9.
6. Mayumi T, Takada T, Kawarada Y, et al. Results of the Tokyo Consensus Meeting Tokyo Guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2007; 14: 114-21.
7. Maple J, Ikenberry S, Anderson M, Appalaneni V, Decker A, Early D, et al. The role of endoscopy in the management of choledocholithiasis. *Gastrointestinal endoscopy*. 2011; 74(4):731-44.
8. Oceano, E. (2013). *Tratado de técnicas quirúrgicas Digestivas*. Barcelona: Elsevier.