

Síndrome de sumidero secundario a colédoco-duodenostomía USE-guiada mediante prótesis de aposición luminal

Gabriel Mosquera-Klinger¹, Carlos de-la-Serna-Higuera² y Manuel Pérez-Miranda²

¹Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

²Unidad Endoscopia Digestiva. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Recibido: 15/07/2018 · Aceptado: 30/09/2018

Correspondencia: Gabriel Mosquera-Klinger. Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Hospital Pablo Tobón Uribe. Consultorio privado 149. C/ 78B, 69-240. Medellín, Colombia. e-mail: gami8203@yahoo.com

RESUMEN

El síndrome de sumidero se asocia a disfunción de una colédoco-duodenostomía quirúrgica por acúmulo de detritus, barro biliar y restos alimentarios en el colédoco distal suprapapilar. La prevalencia de este tras colédoco-duodenostomías laparoscópicas es baja. En la actualidad, el drenaje mediante ecoendoscopia con prótesis metálica de aposición luminal (PMAL) constituye una nueva alternativa mínimamente invasiva para la estenosis biliar en pacientes en los que la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) no resulta factible. La creciente realización de colédoco-duodenostomías mediante prótesis de aposición luminal por ecoendoscopia convierte al síndrome de sumidero en una potencial complicación hasta ahora no reportada.

Palabras clave: Neoplasias pancreáticas. Ictericia obstructiva. Stents metálicos autoexpandibles. Prótesis de aposición luminal. Coledocoduodenostomía.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de sumidero o síndrome de saco ciego es una rara complicación de una anastomosis bilio-entérica (1). Aunque es infrecuente, clásicamente ha sido una patología asociada a la disfunción de una coledocoduodenostomía, donde restos alimenticios, detritus y barro biliar se depositan en el tramo distal del colédoco suprapapilar con la consecuente aparición de colangitis de repetición por sobreinfección de los detritus, con formación de abundante barro biliar y cálculos a ese nivel (2). Las posibles complicaciones relacionadas con este síndrome son colangitis, pancreatitis, abscesos hepáticos y cirrosis biliar secundaria, que con frecuencia son la causa de muerte de estos pacientes. Los diferentes estudios demuestran una prevalencia baja, aunque variable entre 0-9,6% (3-6). La prevalencia es cada vez menor; en la actualidad se hacen menos anastomosis látero-laterales en pacientes con obstrucción biliar benigna.

La colédoco-duodenostomía también se realiza, aunque con menor frecuencia, como procedimiento paliativo para el cáncer de colédoco distal no resecable, ya que permite el drenaje de la bilis evitando el segmento biliar enfermo y obstruido.

Recientemente, el drenaje biliar mediante ecoendoscopia con prótesis metálica de aposición luminal (PMAL) constituye una alternativa mínimamente invasiva para la estenosis biliar en pacientes para los que la CPRE no resulta factible, o en aquellos que no sean candidatos a manejo quirúrgico.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente de 61 años con historia personal de diabetes insulínica dependiente, hiperuricemia y fumador de 80 paquetes/año, quien debutó con ictericia obstructiva, prurito generalizado y pérdida progresiva de peso. Al examen físico se presenta emaciado, con marcada ictericia, sin dolor abdominal y sin ascitis. Las pruebas analíticas mostraron una bilirrubina total (BT) de 34,2 mg/dl, fosfatasa alcalina de 1,100 mg/dl e INR de 1,34. Se le realizó una CPRE en su hospital de referencia, la cual fue fallida. Luego, se llevó a cabo una ecoendoscopia biliopancreática en la cual se identificó una estenosis duodenal de aspecto neoplásico, con infiltración de papila duodenal. Además, se observó una lesión nodular de 32 mm en cabeza de páncreas (Fig. 1A-C), por lo que se realizó punción ecoguiada con aguja 22 G en tres pases y biopsias de la mucosa del duodeno. Se identificaron múltiples adenopatías peripancreáticas, ascitis y lesiones ocupantes de espacio en el hígado: por esta razón se drenó la vía biliar mediante inserción transduodenal de una PMAL de 8 x 8 mm tipo Hot Axios® y de un catéter doble *pigtail* coaxial (Fig. 1D). Adicionalmente, la estenosis duodenal se resolvió con una

Mosquera-Klinger G, De-la-Serna-Higuera C, Pérez-Miranda M. Síndrome de sumidero secundario a colédoco-duodenostomía USE-guiada mediante prótesis de aposición luminal. Rev Esp Enferm Dig 2019;111(1):74-76.

DOI: 10.117235/reed.2018.5815/2018

Conflicto de interés: Dr. Manuel Pérez-Miranda is a consultant for Boston Scientific and M.I. Tech and is a speaker for Boston Scientific and Olympus. The other authors have no conflicts of interest. The work had no sponsorship or funding.

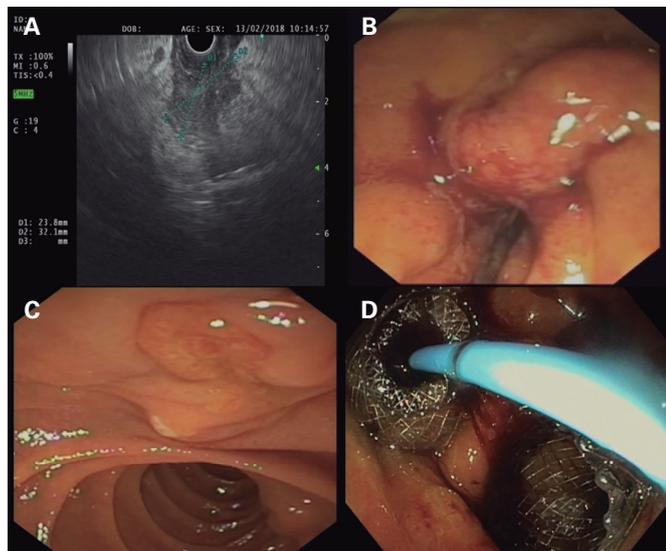


Fig. 1. A. Ecoendoscopia con evidencia de una lesión neoplásica en cabeza de páncreas. B. Estenosis por infiltración duodenal. C. Infiltración de papila duodenal. D. Coledocoduodenostomía endoscópica con PMAL, con doble pigtail coaxial y prótesis metálica en sitio de estenosis duodenal.

prótesis metálica corta, para minimizar el riesgo de interferencia con la coledocoduodenostomía. En el seguimiento en dos semanas se registró mejoría clínica y el control de BT en 2,01 mg/dl. Las biopsias y el aspirado de páncreas mostraron positividad para células malignas compatibles con adenocarcinoma y las biopsias duodenales con infiltración extrínseca por adenocarcinoma. Se consideró cáncer de páncreas avanzado, no candidato a manejo quirúrgico.

El paciente acudió tres meses después al hospital por presentar cuatro días de fiebre, escalofríos, marcada ictericia, náuseas y vómitos posprandiales. En su analítica de control presentó BT 19,9 mg/dl, con directa de 13,9 mg/dl, GGT de 996 mg/dl y FA de 1,739 mg/dl. En la ecografía abdominal al ingreso se apreciaba moderada dilatación de la vía biliar intrahepática con aerobilia y pobre visualización de la vía biliar extrahepática por interposición gaseosa. Se realizó tomografía computarizada (TC) de abdomen contrastado de control donde se reportó marcada dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, con sospecha de absceso hepático y pericoledociano (Fig. 2A y B).

En esta ocasión, se intentó nuevamente con duodenoscopia, teniendo en cuenta que ya estaba resuelta la estenosis. Además, ya había acceso a la vía biliar por la colédocoduodenostomía, lo que facilita la identificación de la vía biliar. En la CPRE se realizó drenaje transpapilar del colédoco, con evidencia de abundante material purulento, detritus y alimentos, y se dejó *stent* metálico cubierto de 6 cm x 10 mm y doble *pigtail* para minimizar riesgo de migración. Además, mediante ecoendoscopia se descartó colección hepática y pericoledociana descrita en TC y se insertó *stent* metálico cubierto coaxial de 6 cm x 8 mm a través de la PMAL *in situ* (Fig. 2C). Se observó adecuado drenaje de bilis, detritus y abundante material purulento (Fig. 2D). El procedimiento no presentó complicaciones y el paciente fue dado de alta en 24 horas.

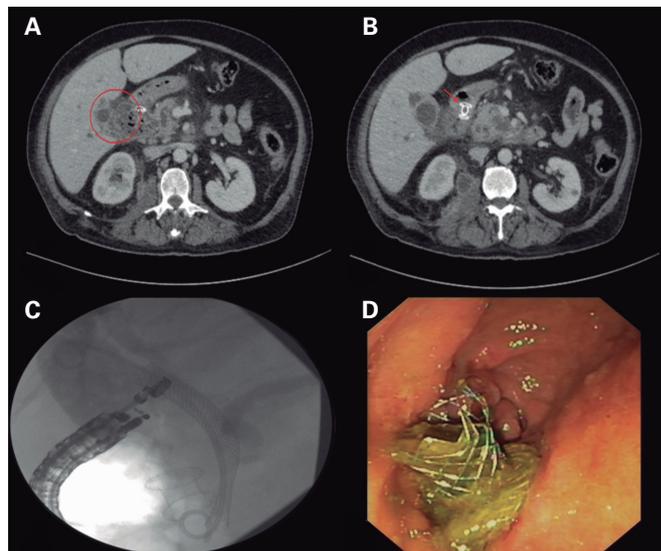


Fig. 2. A. TC de abdomen con evidencia de severa dilatación de vía biliar intrahepática y sospecha de absceso hepático y pericoledociano. B. Visión tomográfica de la coledocoduodenostomía (la flecha en rojo muestra la prótesis Axios®). C. Fluoroscopia donde se evidencia la derivación transpapilar de la vía biliar con prótesis metálica cubierta y doble pigtail coaxial. D. Imagen endoscópica de la prótesis metálica coaxial a la coledocoduodenostomía por Axios®.

DISCUSIÓN

El síndrome de sumidero es una complicación rara descrita clásicamente en colédoco-duodenostomías quirúrgicas. Hasta ahora, no se han descrito casos de síndrome de sumidero en relación a colédoco-duodenostomías endoscópicas probablemente debido a que esta técnica se realiza en centros internacionales de referencia con ecoendoscopistas expertos. Por otro lado, en las series más largas las complicaciones descritas con mayor frecuencia han sido precoces en relación al procedimiento y no en el seguimiento a largo plazo de estos pacientes, que muchas veces es limitado por la patología maligna de base que presenta el paciente.

La primera experiencia de drenaje biliar mediante ecoendoscopia fue publicada en 2001 por Giovannini y cols. (7), seguida por una pequeña serie de casos publicada en 2004 donde se utilizó la ecoendoscopia para realizar *rendez-vous* en lesiones obstructivas pancreáticas y biliares (8). Recientemente se publicaron dos estudios multicéntricos, grandes, en centros de referencia con endoscopistas expertos, donde los pacientes habían fallado a intentos de drenaje endoscópico mediante CPRE (9,10). Las complicaciones descritas en relación al procedimiento fueron neumoperitoneo en el 5%, sangrado en el 11%, fuga/peritonitis biliar en el 10%, colangitis en el 5% y dolor abdominal (10).

Es posible que con la creciente utilización de la colédoco-duodenostomía endoscópica para paliar los síntomas de una doble estenosis (duodenal y biliar) o en CPRE fallidas en pacientes con cáncer periampular, la prevalencia de esta entidad aumente. El caso reportado se pudo resolver mediante técnica combinada con drenaje transpapilar del colédoco y colocación de prótesis metálica cubierta coa-

xial a través de la colédoco-duodenostomía con PMAL, que puede por tanto considerarse una técnica de rescate válida en estos pacientes.

Por otro lado, y para minimizar el riesgo del síndrome de sumidero, puede resultar recomendable realizar el abordaje de la vía biliar extrahepática, con el acceso más distal/yuxtapapilar posible durante la colédoco-duodenostomía guiada por ecoendoscopia.

BIBLIOGRAFÍA

- Morrissey PE, Burns GA, Cohn SM. Sump syndrome complicating Roux-en-Y hepaticojejunostomy: case report and review of the literature. *Surgery* 1996;119:403-5. DOI: 10.1016/S0039-6060(96)80139-5
- Mavrogiannis C, Liatsos C, Romanos A, et al. Sump syndrome: endoscopic treatment and late recurrence. *Am J Gastroenterol* 1999;94(4):972-5. DOI: 10.1111/j.1572-0241.1999.998_t.x
- Baker AR, Neoptolemos JP, Carr-Locke DL, et al. Sump syndrome following choledochoduodenostomy and its endoscopic treatment. *Br J Surg* 1985;72:433. DOI: 10.1002/bjs.1800720606
- De Almeida AM, Cruz AG, Aldeia FJ. Side-to-side choledochoduodenostomy in the management of choledocholithiasis and associated disease. Facts and fiction. *Am J Surg* 1984;147:253. DOI: 10.1016/0002-9610(84)90101-6
- Madden JL, Chun JY, Kandalaf S, et al. Choledochoduodenostomy: an unjustly maligned surgical procedure? *Am J Surg* 1970;119:45.
- Leppard WM, Shary TM, Adams DB, et al. Choledochoduodenostomy: is it really so bad? *J Gastrointest Surg* 2011;15:754.
- Giovannini M, Moutardier V, Pesenti C, et al. Endoscopic ultrasound-guided bilioduodenal anastomosis: a new technique for biliary drainage. *Endoscopy* 2001;33:898-900. DOI: 10.1055/s-2001-17324
- Mallery S, Matlock J, Freeman ML. EUS-guided rendezvous drainage of obstructed biliary and pancreatic ducts: report of 6 cases. *Gastrointest Endosc* 2004;59:100-7. DOI: 10.1016/S0016-5107(03)02300-9
- Gupta K, Pérez-Miranda M, Kahalek M, et al. Endoscopic ultrasound-assisted bile duct Access and drainage multicenter, long-term analysis of approach, outcomes, and complications of a technique in evolution. *J Clin Gastroenterol* 2014;48(1):80-7. DOI: 10.1097/MCG.0b013e31828c6822
- Kunda R, Pérez-Miranda M, Will U, et al. EUS-guided choledochoduodenostomy for malignant distal biliary obstruction using a lumen-apposing fully covered metal stent after failed ERCP. *Surg Endosc* 2016;30:5002-8. DOI: 10.1007/s00464-016-4845-6