

## Cartas al Director

### Impactación de una sonda de Dormia en el coledoco tras colangiopancreatografía retrógrada endoscópica por coledocolitiasis

*Palabras clave:* Complicaciones de la CPRE. Colédoco. Sonda de Dormia.

*Key words:* ERCP complications. Bile duct. Dormia basket.

*Sr. Director:*

Hemos leído con interés el artículo publicado en la sección de trabajos originales con el título de "Complicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Estudio en una unidad pequeña de CPRE", firmado por García-Cano y cols. (1), donde presentan su experiencia en las complicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Quisiéramos aportar un tipo de complicación muy infrecuente de esta técnica, como es la impactación de una sonda de Dormia en el colédoco tras una CPRE terapéutica y que hemos tenido la oportunidad de tratar en nuestro centro con buena evolución postoperatoria.

#### Caso clínico

Paciente de 58 años sin antecedentes de interés que ingresa en el hospital por cuadro de 3 días de evolución de dolor epigástrico, fiebre, ictericia y coluria. El hemograma mostraba leucocitosis y desviación izquierda. La ecografía abdominal objetivó una vesícula biliar habitada por cálculos y una dilatación de la vía biliar intra- y extrahepática. Se realiza una tomografía axial computarizada que confirma la dilatación de la vía biliar, objetivándose en colédoco distal imágenes hiperdensas que parecen corresponder a cálculos o barro biliar. El área pancreática era de características normales. Con la sospecha diagnóstica de colelitiasis y coledocolitiasis se realiza colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con intención terapéutica,

canulándose una papila de aspecto normal y una vía biliar dilatada. Se realizó esfinterotomía saliendo abundante contenido purulento. Se introdujo una sonda de Dormia que atrapó cálculos, pero al tirar del cable, esta se queda enclavada en la vía biliar siendo imposible su extracción endoscópica a pesar de varios intentos. Se realizó laparotomía de urgencia mediante incisión subcostal derecha, objetivándose una vesícula escleroatrófica y una fístula colecistocolédocal. Se realiza colecistectomía, coledocotomía, extracción de sonda de Dormia a través de la coledocotomía (Fig. 1) así como colangiografía intraoperatoria que demostró la existencia de un cálculo enclavado en la papila. Se extrajo el cálculo y se cerraron la fístula y el colédoco sobre un tubo en T. El postoperatorio cursó sin incidencias y la colangiografía postoperatoria a través del tubo de Kehr fue normal, estando el paciente asintomático en la actualidad.



Fig. 1. Imagen intraoperatoria de la extracción de la sonda de Dormia impactada.

#### Discusión

A pesar de los grandes avances que se han producido en la cirugía laparoscópica, el abordaje de la coledocolitiasis por esta vía aún permanece controvertido por lo que el papel de la CPRE preoperatoria para la extracción de cálculos seguida de

una colecistectomía laparoscópica, sigue siendo muy importante en el manejo terapéutico de esta patología.

La impactación de una sonda de Dormia en la vía biliar durante el transcurso de una CPRE es un hecho muy inusual con una frecuencia que oscila entre el 0,8 y el 5,9% (2,3). El tamaño de los cálculos, su consistencia, su relación con el esfínter, la existencia de material de sutura residual o la presencia de fistulas colecistocolédocales se han asociado a un mayor riesgo de esta complicación (3).

Aunque algunos autores han sugerido que se pueden esperar unos días a que tanto la sonda como el cálculo se desimpacten espontáneamente manteniendo al paciente en dieta absoluta, sueroterapia, aspiración nasogástrica continua y antibióticoterapia, la mayoría cree que cuando esto ocurre es necesario extraerla rápidamente para evitar cuadros de sepsis, colangitis, así como lesiones de la vía biliar (2-4).

Clásicamente esta complicación ha sido tratada con éxito mediante cirugía (3), pero más recientemente se han descrito distintos procedimientos no quirúrgicos que han solventado satisfactoriamente esta complicación: las ondas de litotricia extracorpórea (2), el uso de cables de alambre para atrapar la sonda combinados con litotricia y endoscopia (3), la litotricia endoscópica con láser (4), o la ampliación de la incisión de la esfinterotomía (5), entre otras.

En nuestro caso se decidió una cirugía urgente debido a que a pesar de varios intentos endoscópicos de extracción de la sonda, esto no fue posible, y no se disponía en ese momento de otras opciones terapéuticas frente a un enfermo que tenía un altísimo riesgo de colangitis así como de lesión de la vía biliar. Como afirma Rodríguez Muñoz (6) el juicio clínico y la capaci-

dad de decisión son cruciales y no sólo para el endoscopista, también lo son para el cirujano y aunque la distribución de los recursos no siempre es la adecuada (1), no debemos olvidar que el objetivo primordial es el paciente.

D. Morales García, M.V. Ros Sanz y A. Naranjo Gómez

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander*

### Bibliografía

1. García-Cano Lizcano J, González Martín JA, Morillas Ariño J, Pérez Sola A. Complicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Estudio en una unidad pequeña de CPRE. Rev Esp Enferm Dig 2004; 96: 163-73.
2. Sauter G, Sackmann M, Holl J, Pauletzki J, Sauerbruch T, Paumgartner G. Dormia baskets impacted in the bile duct: release by extracorporeal shock-wave lithotripsy. Endoscopy 1995; 27: 384-7.
3. Schutz SM, China C, Friedrichs P. Successful endoscopic removal of a severed, impacted Dormia basket. Am J Gastroenterol 1997; 92: 679-81.
4. Neuhaus H, Hoffmann W, Classen M. Endoscopic laser lithotripsy with an automatic stone recognition system for basket impaction in the common bile duct. Endoscopy 1992; 24: 596-9.
5. Neuhaus B, Safrany L. Complications of endoscopic sphincterotomy and their treatment. Endoscopy 1981; 13: 197-9.
6. Rodríguez Muñoz S. Hacia una CPRE más segura: selección, experiencia y profilaxis. Rev Esp Enferm Dig 2004; 96: 155-62.