

MANEJO CON ENDOSCOPIO DE VISIÓN FRONTAL DE COLEDOCOLITIASIS Y ESTENOSIS DUODENAL EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN

Y. González-Amores, S. Hernando-Rebollar, E. Perdices-Lopez, J. Calle-Calle, M. Jiménez-Moreno, I. Lavín-Castejón, R. Camargo-Camero, JV. Martos-Vandussen, G. Alcaín-Martínez

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Resumen

Presentamos el caso de una paciente con afectación de tubo digestivo superior (TDS) por enfermedad de Crohn (EC) y coledocolitiasis. La estenosis duodenal y la deformidad papilar hicieron necesario un abordaje endoscópico específico tanto para la resolución de la sintomatología obstructiva como de la coledocolitiasis.

Palabras clave: Enfermedad de Crohn, colangiografía retrógrada endoscópica, coledocolitiasis.

Abstract

We report a case of a patient with Crohn's disease with upper gastrointestinal tract involvement and choledocholithiasis. The duodenum stricture and the disfiguration of the papilla of Vater made it necessary a specific endoscopy approach for the resolution of obstructive symptoms, as well as choledocholithiasis.

Keywords: Crohn's disease, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, choledocholithiasis.

Caso Clínico

Mujer de 35 años diagnosticada previamente de enfermedad de Crohn, con clasificación de Montreal A2,L2,B2 al momento del diagnóstico, en seguimiento en consultas durante 15 años y en tratamiento con mesalazina.

Tras presentar episodios de dolor abdominal compatibles con cólicos biliares de repetición, se inició estudio, siendo diagnosticada de colelitiasis y realizándose colecistectomía laparoscópica.

CORRESPONDENCIA

Yolanda González Amores
yolanda_gonzalez4@hotmail.com



Figura 1

Endoscopia digestiva alta: se observa segunda porción duodenal con una estenosis y lateralización que impedía el paso del endoscopio y que requirió de dilataciones. Proximal a la estenosis, un orificio del que sale bilis que posteriormente se identificó con la papila, deformada por el proceso inflamatorio.

Al año de la intervención presentó episodio de dolor en hipocondrio derecho, vómitos y fiebre.

Ante dicho cuadro se realizó diagnóstico diferencial entre patología de la vía biliar en paciente colecistectomizada y afectación digestiva alta por enfermedad de Crohn.

Se indicó una endoscopia oral que apreció deformidad píloro-bulbar con úlceras mucosas, dilatación de la luz y estenosis a nivel de rodilla-segunda porción duodenal. Así mismo un pequeño orificio que expulsaba bilis proximal a la estenosis (Figura 1) y una litiasis biliar sobre la mucosa de unos 8 mm que había sido expulsada espontáneamente. Al no poder sobrepasar la zona estenótica, no fue posible identificar si el orificio que expulsaba bilis era la papila deformada por la inflamación o una fístula biliar secundaria al proceso inflamatorio.

Una colangio-RNM identificó una coledocolitiasis, por lo que ambas sospechas diagnósticas fueron confirmadas: coledocolitiasis residual en paciente colecistectomizada y afectación alta por enfermedad de Crohn.

Mediante endoscopio de visión frontal se procedió a dilatación con balón de 12-13 y 15 mm en dos sesiones, consiguiendo el paso por la estenosis. Dada la morfología que presentaba, también con endoscopio frontal se introdujo contraste por el orificio descrito, apreciando que se rellenaba el árbol biliar, dibujándose el colédoco con litiasis en su interior (Figura 2) y descartándose que se tratara de una fístula.

Posteriormente y dada la imposibilidad de trabajar en la zona deformada con duodenoscopia de visión lateral, se procedió a esfinteroplastia y a extracción de litiasis, también con endoscopio de visión frontal.

El tratamiento posterior con corticoides y azatioprina contribuyó a que dos años después la paciente se encuentre asintomática y no haya vuelto a presentar clínica obstructiva de TDS ni episodios de coledocolitiasis.



Figura 2

CPRE: Mediante endoscopia de visión frontal se rellena de contraste el orificio duodenal, dibujándose la vía biliar y apreciando un defecto de repleción en colédoco, correspondiente con una coledocolitiasis.

Discusión

La afectación de TDS en la EC (L4) ocurre en más de un 50% de los casos si se realiza exploración ad hoc de dicho tramo¹. Dicha afectación puede englobar el área papilar y producir deformidad de la misma. También la enfermedad litiasica biliar ha sido descrita con más frecuencia en la EC².

El manejo endoscópico de las estenosis de TDS accesible a endoscopia en la enfermedad de Crohn, es aceptado como de primera elección³, quedando en un segundo plano los procedimientos quirúrgicos.

La extracción de litiasis coledociana mediante endoscopios de visión frontal es muy infrecuente pero se ha descrito en pacientes con alteraciones anatómicas postquirúrgicas como la Y de Roux⁴.

La peculiaridad de nuestro caso consiste en el uso de un endoscopio frontal no sólo para la dilatación de una estenosis de TDS (que permitió el diagnóstico diferencial entre una fístula biliodigestiva y la papila duodenal) sino, lo que es más infrecuente, para la extracción de coledocolitiasis no por alteraciones postquirúrgicas, sino por alteraciones secundarias al proceso inflamatorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Van Hogenzad R, Witte AM, Veenendaal R et al. Proximal Crohn's disease: review of the cicopathologic features ans therapy. *Inflamm Bowel Dis* 2001;7(4): 328-33.
2. Stinton LM, Myers RP, Shaffer EA. Epidemiology of gallstones. *Gastroenterol Clin North Am.* 2010 Jun;39(2):157-69.
3. Sunada K, Yamamoto H, Yano T, Sugano K. Advances in the diagnosis and treatment of small bowel lesions with Crohn's disease using double-balloon endoscopy. *Therap Adv Gastroenterol.* 2009 Nov;2(6):357-66.
4. Ruiz Cuesta P, Hervás Molina AJ, Muñoz García-Borrueal M, Jurado García J, García Sánchez V, Pleguezuelo Navarro M et al. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in patients with anatomic abnormalities of the stomach due to surgery. *Gastroenterol Hepatol.* 2013 Dec;36(10):609-15.