

Ictericia obstructiva secundaria a cálculo pancreático impactado en la papila

Rafael Angel, Luis M. Limas, Lázaro Arango

Resumen

Los cálculos biliares impactados en la papila son un hallazgo frecuente. Por el contrario, los cálculos pancreáticos que destruyen la papila son muy raros. Hay pocos informes sobre esta complicación de la pancreatitis crónica en la literatura. Aquí informamos otro de estos casos, único en nuestra experiencia.

Palabras clave: Ictericia obstructiva, pancreatitis crónica, obstrucción ampular, cálculo impactado, papila.

Summary

Bile duct stones obstructing the papilla are a quite common finding. On the other hand a pancreatic stone obstructing the papilla is quite rare. There are few reports of this complication of chronic pancreatitis in the literature. Here we inform of another unique case.

Key Words: Obstructive jaundice, chronic pancreatitis, ampullary obstruction, impacted stone, papilla

Rev Colomb Gastroenterol 2004;19:149-150.

La endoscopia terapéutica gradualmente ha ganado aceptación como alternativa de manejo en los pacientes con pancreatitis crónica. Técnicas como la esfinterotomía pancreática, extracción de cálculos pancreáticos con o sin litotricia extracorpórea y endoprótesis para las estenosis del Wirsung son ahora comunes (1). Los cálculos biliares impactados en la papila son relativamente comunes y causan obstrucción y pancreatitis biliar. Es muy raro encontrar un cálculo pancreático impactado en la papila y que cause causando obstrucción biliar. Hay pocos informes de esta complicación de la pancreatitis crónica en la literatura. (2-5). Aquí informamos sobre un caso adicional. Es el único caso de este tipo que hemos encontrado en nuestra casuística de 5075 colangio-pancreatografías retrógradas endoscópicas (CPRE).

Se trata de un paciente de sexo masculino de 45 años, quien consulta por urgencias de dolor en hipocondrio derecho irradiado a dorso. El dolor era persistente y respondía pobremente a los analgésicos comunes. No había antecedentes previos de dolor o pancreatitis. La radiografía simple de abdomen mostró calcificaciones en el páncreas. Un ultrasonido no mostró cálculos en la vesícula o dilatación de la vía biliar. La tomografía axial computarizada, TAC, mostró dilatación del conducto

pancreático y calcificaciones en el proceso uncinado (Figura 1).

El laboratorio mostró leucocitosis, con recuento de blancos de 12,000 mm³ y 84% de neutrofilos. La amilasa levemente elevada 281/200 U/l, mientras la lipasa aumentó a 3,2 veces el valor normal, 633/199 U/l. La bilirrubina total fue de 2.04 mg/dl, la directa de 147 mg/dl, la fosfatasa alcalina de 249/279 U/l, la AST 102/37 U/l y la ALT 107/40 U/l. El calcio sérico bajo, 6,5/8,1 mg/dl.

Se hizo un diagnóstico de pancreatitis crónica con una exacerbación aguda y se programó una CPRE, la cual se realizó a las 24 horas del ingreso. Se encontró una papila abombada con un cálculo blanquecino, apenas visible, que obstruía el poro de la papila. Se practicó precorte, con papilótomo de aguja, incidiendo el techo de la papila y obteniendo un drenaje a presión de bilis oscura, de retención. Se podía observar entonces el cálculo que protruía por el orificio pancreático de la papila. Este se extrae fácilmente al manipularlo con la cánula. Se exploró tanto en conducto biliar como el pancreático con la canastilla de Dormia sin encontrar cálculos adicionales. Es de anotar que la incisión con el papilótomo de aguja fue suficiente para crear una papilotomía amplia con drenaje adecuado de ambos conductos (Figura 2).

El paciente experimentó un alivio inmediato del dolor y su evolución fue satisfactoria. Eventualmente desarrolló diabetes mellitus, pero en un seguimiento de 6 años no ha tenido nuevos episodios de dolor.

Rafael Angel G., MD., Endoscopia Terapéutica. Servicios Especiales de Salud (SES). Hospital de Caldas. Luis Manuel Limas, MD., Residente II Gastroenterología Clínico-Quirúrgica. Universidad de Caldas. Lázaro Arango Molano, MD. Cirugía Gastrointestinal. Coordinador Programa Gastroenterología Clínico-Quirúrgica Universidad de Caldas. Servicios Especiales de Salud (SES), segundo piso Hospital de Caldas, Manizales, Colombia.

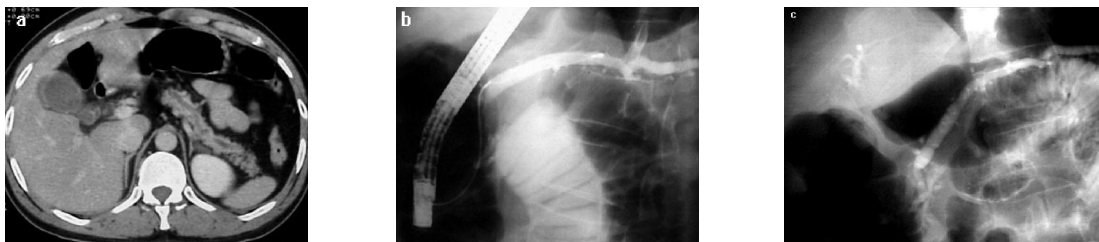


Figura 1. a. TAC con conducto pancreático dilatado. b. Exploración del conducto pancreático con canastilla de Dormia. c. Radiografía al finalizar la CPRE en la cual se muestra dilatación del conducto pancreático principal y cambios en sus ramas secundarias. El conducto biliar se ha drenado casi completamente.

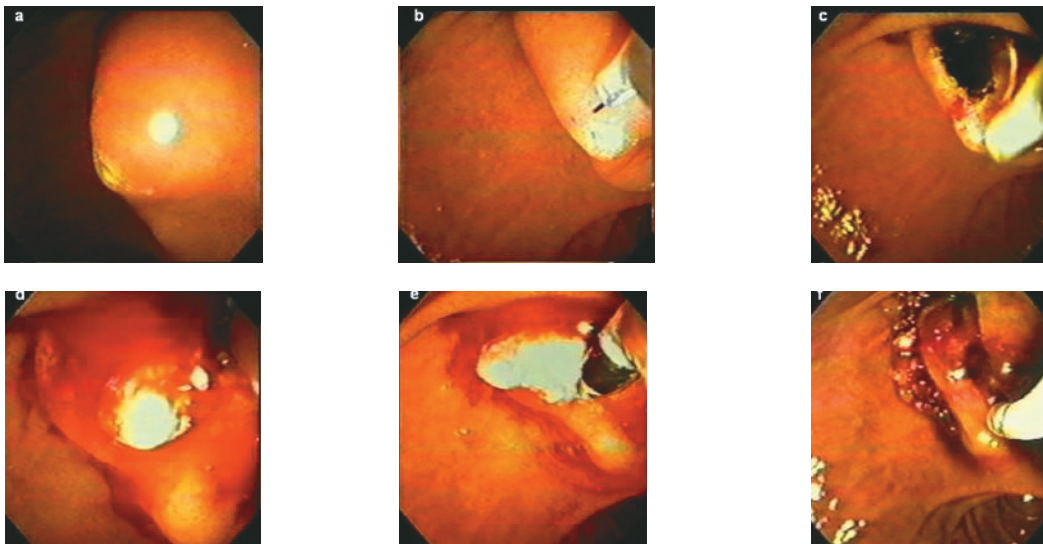


Figura 2. a. Papila abombada con cálculo blanquecino obstruyendo el poro. b. Destechamiento de la papila con el papilótomo de aguja. c. Drenaje de bilis oscura, de retención. d, e. Manipulación del cálculo que protruye a nivel del orificio pancreático en la papila a las 5. f. Exploración del conducto pancreático con la canastilla de Dormia. El orificio de la vía biliar es claramente visible a las 11.

Referencias

1. Rösch T, Daniel S, Scholtz M, et al. Endoscopic treatment of chronic pancreatitis: A multicenter study of 1000 patients with long term follow up. *Endoscopy* 2002; 34(10): 765-771.
2. Moritomo H, Nakaya S, Takeyama Y, et al. A case of obstructive jaundice caused by incarceration of pancreatic stone in the ampulla of papilla Vater. *Nippon Geka Gakkai Zasshi* 1990; 91(1): 146 - 149.
3. Naik A, Shah Sh, Relekar RG, Bapat RD. Pancreatic calculus causing obstructive jaundice. *Indian J Gastroenterol* 1991; 10(1): 27 - 28.
4. Little TE, Kozarek PA. Pancreatic stones as a cause of bile duct and ampullary obstruction: Endoscopic treatment approaches. *Gastrointest Endosc* 1993; 39: 709 -12.
5. Hernandez JA, Zuckerman MJ, Moldes O. Pancreatic stone presenting with biliary obstruction. *Gastrointest Endosc* 1994; 40: 521 - 26.