CIR ESP. 2015;93(Espec Congr):381

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-134 - EXCLUSI&OACUTE;N PIL&OACUTE;RICA COMO TRATAMIENTO DE LA PERFORACI&OACUTE;N DUODENAL RETROPERITONEAL EVOLUCIONADA

Espínola Cortés, Natalia; Motos Mico, Jacob; Fuentes Porcel, Orlando; Álvarez García, Antoio; Rodríguez Morillas, Diego

Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

Resumen

Introducción: La perforación retroperitoneal del duodeno, cualquiera que sea su etiología, en una eventualidad grave, particularmente si existe demora en su diagnóstico y tratamiento, viéndose entonces agravada con una alta morbimortalidad. Presentamos un caso de estas características, tratado mediante exclusión pilórica de forma exitosa, aunque con aparición tardía de úlcera antral como complicación.

Caso clínico: Varón de 33 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por dolor en región renal derecha irradiado a hipocondrio y vacío derechos, de quince días de evolución, tratado con analgésicos intramusculares y agudizado en las últimas 48 horas, acompañándose desde entonces de fiebre alta, náuseas y vómitos. A la exploración, presenta MAL estado general, con dolor intenso a la palpación en cuadrante superior derecho abdominal, en donde existe leve defensa voluntaria a la palpación; resto de exploración abdominal anodina. Analítica a su ingreso en la que destacan leucocitosis con neutrofilia intensas (25.840/86,9%) y PCR 38,88 mg/dl. En el TAC se aprecia una colección de gran tamaño (eje mayor de 20 cm), anfractuosa, con varias cámaras comunicadas entre sí y con múltiples burbujas de gas en su interior, que se extiende en la parte más craneal desde la región situada entre colon transverso y estómago, pasando por la encrucijada formada por duodeno, páncreas y región antropilórica, desciende por la región anterior a la fascia pararrenal derecha hasta pelvis con extensión a la gotiera paracólica derecha, en relación con probable con perforación de víscera hueca. Se practica laparotomía exploratoria urgente, comprobándose la existencia de una perforación de unos 2 cm de diámetro, al inicio de la tercera porción duodenal, sin causa aparente (anatomía patológica de los esfacelos de la zona sin otros hallazgos que tejido inflamatorio). Se realiza exclusión pilórica mediante sutura mecánica prepilórica, gastroenteroanastomosis en Y-Roux, duodenorrafia sobre sonda de Foley, colecistectomía y colocación de tubo de Kehr coledociano. El postoperatorio cursa sin incidencias y, tras controles ambulatorios, son retirados sucesivamente(La sonda de Foley a los 40 días y tubo de Kher a los 3 meses) comprobándose asimismo la repermeabilización de la sutura mecánica gástrica. Realizada EDA a los 8 meses de la intervención, se aprecia ulcus prepilórico, que está siendo tratado con IBP, sin apreciar lesión patológica alguna duodenal.

Discusión: El manejo de las perforaciones retroperitoneales del duodeno, particularmente en casos evolucionados, constituyen un reto para el cirujano. Un manejo quirúrgico inicial agresivo mediante

exclusión duodenal total facilita la adecuada cicatrización de la solución de continuidad duodenal, evitando la morbilidad añadida que supone la diverticulización duodenal y permitiendo la consabida repermeabilización del tránsito gastroduodenal. Por otra parte, dada la alta tasa úlceras de boca anastomótica asociadas a la técnica, la realización de la gastroenteroanastomosis en Y-Roux, sobre todo en pacientes jóvenes con larga expectativa de vida, puede evitar el efecto potenciador sobre las mismas de la bilis.

See front matter © 2015. Asociación Española de Cirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados