



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-229 - MANEJO DE LA PERFORACIÓN POR CPRE. tres SOLUCIONES PARA 3 SITUACIONES CLÍNICAS

S.C. Alonso García, A. Palomeque Jiménez, B. Pérez Cabrera, I. Lendínez Romero y J.A. Jiménez Ríos

Hospital Universitario de San Cecilio, Granada.

### Resumen

**Introducción:** La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica se introdujo en 1968, convirtiéndose en un instrumento de gran utilidad diagnóstica y terapéutica de muchas enfermedades del área biliopancreática. Aunque segura en manos expertas, no está exenta de complicaciones. Inicialmente, la resolución de estas complicaciones era quirúrgica, mientras que el manejo conservador y endoscópico han ido sustituyendo al quirúrgico en la actualidad. Se presentan 3 casos clínicos de perforación por CPRE en los que la resolución fue diferente.

**Casos clínicos:** Caso 1. Mujer, 71 años, colecistectomizada y 5 CPRE previas por coledocolitis. Ingresa por cuadro de coledocolitis confirmada por colangioRMN, realizándose CPRE, ampliando papilotomía previa y extrayendo cálculos de pequeño tamaño. Tras 24 horas, comienza con dolor en hemiabdomen derecho, con defensa a dicho nivel, sin repercusión hemodinámica. Analítica: PCR 17,8 mg/l, neutrofilia (87%). TC: abundante retroneumoperitoneo y neumoperitoneo en gotiera paracólica derecha. Colección de 3 × 2 × 3,5 cm retroperitoneal. Ante la estabilidad hemodinámica, se decide tratamiento conservador, evolucionando de forma satisfactoria. Alta tras 14 días. Caso 2. Varón, 75 años. Tras colangitis de repetición por coledocolitis, se somete a CPRE, realizándose papilotomía y extracción de cálculos. Tras 8 horas, comienza con dolor abdominal difuso: intenso y vómitos de repetición, con signos de irritación peritoneal difusa e hipotensión. Analítica: neutrofilia (91%), PCR 161 mg/l. TC: neumoperitoneo difuso y abundante líquido libre. Ante la clínica y la inestabilidad hemodinámica, se interviene, encontrando coleoperitoneo difuso, sin evidenciarse lugar de la perforación, realizándose lavado de la cavidad y drenaje de la vía biliar. Evolución favorable, sin complicaciones, con alta a los 17 días. Caso 3. Mujer, 56 años, colecistectomizada, pancreatitis posterior por coledocolitis, resuelta mediante CPRE. En seguimiento, clínica de dolor abdominal, alteración enzimas de colestasis y pruebas de imagen sugestivas de nueva coledocolitis. En CPRE, se amplia esfinterotomía previa, extrayendo cálculo del conducto hepático derecho. Tras 12 horas, cuadro de dolor abdominal difuso, taquicardia e hipotensión, con defensa abdominal en hipocondrio derecho. Analítica: leucocitos 14.630/l, neutrófilos (86%), PCR 121 mg/l. Radiografía simple y TC: neumoperitoneo importante. Ante el estado clínico de la paciente, se interviene, evidenciándose coleoperitoneo, secundario a perforación en cara posterior duodenal y, otra, longitudinal extensa, en colédoco. Se realiza sutura de la lesión duodenal y coledocooyeyunostomía en Y de Roux. Evolución satisfactoria, con alta a los 13 días.

**Discusión:** La CPRE es un instrumento de gran utilidad diagnóstica y terapéutica, con tasa baja de complicaciones. Mortalidad 0,4%. Complicaciones 4-10%: pancreatitis (1,3-5,4%), hemorragia (0,75-3%), colangitis (0,78-1%), perforación (0,3-2,1%). Según la localización de la perforación y en orden decreciente de gravedad se clasifican (Stanfer) en 4 tipos. Tipo I, perforación en pared duodenal medial o lateral; II, en

región periampular y, casi siempre, secundaria a la esfinterotomía; III, lesión en conducto biliar o pancreático y IV, perforaciones diminutas retroperitoneales secundarias al aire a presión de la endoscopia. La TC abdominal es la prueba de elección para el diagnóstico. El tratamiento puede y debe ser, inicialmente, conservador (reposo digestivo, sonda nasogástrica, sueroterapia, antibioterapia y control constantes), indicándose cirugía en casos de no respuesta de las medidas anteriores y empeoramiento del estado clínico del enfermo.