



## P-360 - ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS COMPLICACIONES SECUNDARIAS A CPRE

M.L. Gutiérrez Díez, G. González Sanz, R. Uribarrena Amazaga, I. Gascón Ferrer, J. Martínez Bernard, N. Sánchez Fuentes, S. Paterna López, M. Herrero López, C. Gracia Roche, P. Cebollero Benito y J.M. Esarte Muniain

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

### Resumen

**Introducción:** La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es muy útil como técnica diagnóstica y terapéutica en las enfermedades biliopancreáticas. La incidencia global de complicaciones en la literatura científica es muy variable (4-16%).

**Objetivos:** Estudiar las principales complicaciones de la CPRE en nuestro centro, con especial atención a aquellas que han precisado intervención por parte del servicio de cirugía general.

**Métodos:** Desde enero de 2005 hasta diciembre de 2012 se han realizado 2363 CPRE: diagnósticas (24%); terapéuticas (76%). Análisis retrospectivo de las complicaciones susceptibles de tratamiento quirúrgico y su resultado.

**Resultados:** Han presentado complicaciones importantes 63 pacientes (2,7%): Hemorragia postesfinterotomía 38 (1,8%); perforación de víscera hueca 12 (0,5%), pancreatitis moderada-grave 8 (0,34%) y colangitis 5 (0,21%). Ha sido necesaria la intervención quirúrgica en 8 pacientes (0,34%): 4 mujeres y 4 varones, con una edad media de 73,8 años. La CPRE terapéutica estaba implicada en todos los casos. Caso 1: perforación diverticular duodenal tras esfinterotomía y extracción de cálculos. Tratamiento: diverticulectomía, colecistectomía y gastroenteroanastomosis. Caso 2: perforación y absceso retroperitoneal extenso tras esfinterotomía por fibrosis periampular secundaria a tratamiento quirúrgico previo de la vía biliar principal (VBP). Tratamiento: sutura de perforación duodenal y drenaje de VBP. Precisó reintervención por nuevo absceso retroperitoneal tras fracaso de drenaje percutáneo. Caso 3: Perforación duodenal tras implantación de prótesis plástica en la VBP. Tratamiento: colecistectomía, coledocotomía con extracción de cálculos y prótesis biliar y drenaje con tubo en T de Kehr de VBP. Caso 4: perforación duodenal con retroneumoperitoneo y abdomen agudo tras CPRE por coledocolitiasis sin poder extraer los cálculos. Tratamiento: colecistectomía, coledocotomía con extracción de cálculos, colocación de tubo en T de Kehr y sutura de perforación duodenal. Caso 5: perforación duodenal tras CPRE por coledocolitiasis. Tratamiento: colecistectomía, coledocotomía con extracción de cálculos y coledocoduodenostomía. Caso 6: perforación duodenal tras esfinterotomía por coledocolitiasis. Tratamiento: colecistectomía, coledocotomía con extracción de cálculos, colocación de tubo en T de Kehr y sutura de perforación duodenal. Caso 7: perforación duodenal con retroneumoperitoneo tras esfinterotomía y extracción de gran cálculo encalvado en VBP. Tratamiento: colecistectomía, drenaje en T de Kehr, sutura de la perforación duodenal y gastroeyunostomía. Presentó melenas por sangrado de la papila que se esclerosó endoscópicamente. Requirió reintervención por dehiscencia de sutura duodenal. Caso 8: hemorragia tras esfinterotomía por fístula biliar tras colecistectomía

por colecistitis gangrenosa perforada. Tratamiento: esfinteroplastia con hemostasia y gastroyeyunostomía. Fallece por coagulación intravascular diseminada y edema agudo de pulmón tras intervención prolongada y politransfusión.

**Conclusiones:** La CPRE terapéutica implica un mayor riesgo de complicaciones, aunque en nuestra serie la incidencia es baja. La perforación es la patología que ha requerido con mayor frecuencia una intervención quirúrgica.