CIR ESP. 2015;93(Espec Congr):466

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-219 - PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIA A MIGRACIÓN DUODENAL DEL TUBO DE KEHR

Martínez Fernández, Josefa; Morales González, Álvaro; Guillén Paredes, María Pilar; Moreno, Amando; Pardo García, José Luis

Hospital Comarcal Noroeste, Caravaca de la Cruz.

Resumen

Objetivos: Presentación de un caso clínico de pancreatitis aguda secundaria a la migración del tubo en T de Kehr tras colecistectomía y coledocotomía por coledocolitiasis y revisión de las complicaciones asociadas con el tubo en T de Kehr.

Caso clínico: Paciente varón de 69 años ingresado en Cirugía por colecistitis aguda litiásica, con coledocolitiasis, no siendo posible su extracción por CPRE por la existencia de un divertículo duodenal. El paciente se interviene de colecistectomía, se realiza una colangiografía intraoperatoria transcística observándose dos defectos de repleción en colédoco distal, procediéndose a la coledocotomía, extracción de las litiasis y colocación de tubo en T de Kehr con coledocorrafia. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, siendo dado de alta tras colangiografía-transKehr con buen paso de contraste al duodeno y sin defectos de repleción, con el drenaje pinzado para ser retirado en dos semanas. El paciente acude a urgencias a los 13 días, por dolor abdominal y náuseas. Se realiza analítica, ecografía abdominal y colangiografía-transKehr. En la analítica presenta 20000 leucocitos con neutrofilia y amilasa de 450 U/L. En la ecografía no muestra dilatación de la vía biliar, ni líquido libre. Se repite la colangiografía transKehr mostrando la migración del tubo de Kehr a duodeno a través de la papila. Se comprueba el correcto paso de contraste a duodeno, sin defectos de repleción y se procede a la retirada del mismo. El paciente evoluciona de forma favorable, con remisión del dolor y normalización de las alteraciones analíticas siendo dado de alta al 4º día de ingreso. Existen varios factores que se han relacionado con las complicaciones asociadas al tubo en T, entre ellos destacan la composición del

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

material, el tamaño y forma del tubo, el tiempo de permanencia en la vía biliar, el tratamiento previo con corticoides o enfermedades asociadas. Entre las complicaciones más frecuentes están el biloma, la fístula biliar externa, la ascitis biliar, la bacteriemia o la peritonitis biliar, habiendo otras poco habituales como el tromboembolismo, la perforación duodenal o la pancreatitis postoperatoria. La mayoría de las complicaciones se relacionan con el momento de la extracción y casi todas asocian la fuga de alguna cantidad de bilis. En nuestro caso la pancreatitis fue secundaria a la migración del tubo de Kehr a duodeno, y ésta pudo deberse a una longitud demasiado larga del tubo a nivel intraabdominal, que le hiciera migrar a través de la vía biliar. Otro factor a tener en cuenta es el momento óptimo de retirada del tubo, la mayoría de los autores recomiendan mantenerlo al menos diez días antes, retirándolo entre el 10º-14º días postoperatorios, aunque proponen tener en cuenta el material empleado o la patología biliar a tratar.

Discusión: El drenaje en tubo de T es un tratamiento útil después de una coledocotomía supraduodenal, proporcionando seguridad en el cierre de la coledocotomía, previniendo de estenosis postoperatorias de vía biliar y además como tratamiento de la coledocolitiasis residual y la papilitis postoperatoria, aunque no está exento de complicaciones por lo que debe plantearse una utilización selectiva.

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