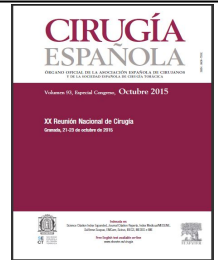




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-584 - MANEJO QUIRÚRGICO DE LAS PERFORACIONES DUODENALES POST-CPRE

Goikoetxea, Andrea; Chaveli, Carlos; Mateo, Janire; Sainz, Beatriz; Palomo, Alberto; Iñigo, José Juan

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Resumen

Introducción: La colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) es un procedimiento útil para el tratamiento de patología hepatobiliopancreática. La clasificación de Stapfer distingue 4 tipos de perforación duodenal post-CPRE según la severidad y localización anatómica del defecto. Reportamos 4 casos de perforación duodenal de distinta localización y manejo terapéutico.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 70 años, a la que se realiza CPRE por coledocolitiasis. Durante el procedimiento se observa un divertículo duodenal proximal a papila, que dificulta la canalización de la vía biliar y la esfinterotomía. Posteriormente presenta dolor y distensión abdominal con peritonismo, pero hemodinámicamente estable y afebril. En TC se objetiva gran neumomediastino, neumoperitoneo y retroneumoperitoneo, que difunde hacia pelvis y conducto inguinal, sin poder localizar lugar de la perforación. Las primeras horas empeora clínicamente por lo que se realiza laparotomía exploradora, colecistectomía y maniobra de Kocher, sin hallarse perforación. Tras coledocotomía y extracción de cálculos coledocianos se coloca tubo de Kehr. La paciente ingresó en UCI, con evolución satisfactoria. Caso 2: varón de 30 años, al que se realiza CPRE por coledocolitiasis y colangitis aguda. Se realiza esfinterotomía, sin poder canalizar la vía biliar. Durante la CPRE se observa retroneumoperitoneo y perforación peripapilar. Se coloca prótesis biliar metálica, comprobando sellado de la perforación. TC post CPRE con densidades aéreas retroperitoneales (peripancreáticas, hilio hepático y espacio perirrenal derecho). Se coloca sonda nasogástrica y antibioterapia empírica de amplio espectro, con mejoría del dolor abdominal, hemodinámica mantenida, afebril, sin signos de peritonismo, evolucionando satisfactoriamente. La prótesis biliar fue retirada 3 meses después. caso 3: mujer de 82 años a la que realizan gastroscopia y PAAF por quiste pancreático no filiado. Durante la exploración objetivan perforación de 2 cm a nivel de segunda porción duodenal. La paciente se encuentra intubada, con abdomen distendido e importante enfisema subcutáneo. En TC se observa extenso retroneumoperitoneo y neumoperitoneo, así como perforación en rodilla superior duodenal, sin líquido libre. Se realiza laparoscopia exploradora, localizándose perforación de 1,5 cm en cara anterior de primera rodilla duodenal y suturándose el defecto. Alta 4 días después sin complicaciones. Caso 4: varón de 82 años al que se realiza CPRE por colangitis, con esfinterotomía dificultosa y extracción de cálculos coledocianos. Posteriormente presenta enfisema subcutáneo masivo (facial, cervical, torácico, abdominal, escrotal y piernas hasta las rodillas), sin distensión abdominal ni inestabilización hemodinámica. La TC objetiva neumomediastino, neumopericardio, neumotórax bilateral, neumoperitoneo, retroneumoperitoneo, y perforación de 1,5 cm en cara anterolateral de segunda porción duodenal. Se interviene quirúrgicamente, realizándose cierre primario de la perforación y colecistectomía. Postoperatorio inmediato en UCI con evolución satisfactoria.

Discusión: El diagnóstico es inicialmente clínico. El mecanismo de lesión, el lugar de la perforación, la clínica y los hallazgos radiográficos guiarán el manejo, que siempre debe ser individualizado. Como norma general las perforaciones duodenales (tipo I de Stapfer) son quirúrgicas mientras que en las periampulares (tipo II) el tratamiento puede ser inicialmente conservador. El tiempo es crucial, pues el retraso diagnóstico y terapéutico incrementa significativamente la mortalidad. Ante decisión conservadora, mantener actitud dinámica, vigilancia estrecha y en constante reevaluación.