



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-253 - REVISIÓN DEL MANEJO DE LAS PERFORACIONES POST CPRE EN EL HOSPITAL EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

Gerona, Delia; Orts, Francisco; Flórez, Ángela; Ros, Alejandro; Montero, Carlos; Arlandis, Francisco; Serra, Carlos; Belda, Tatiana

Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy.

Resumen

Introducción: La perforación tras colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un cuadro poco frecuente cuyo manejo es controvertido. El objetivo es analizar el número de perforaciones tras CPRE en nuestro hospital y su manejo.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de las perforaciones tras CPRE desde 2011 hasta 2016 en un hospital de segundo nivel. Se analizaron las variables de edad, sexo, motivo de la CPRE, tipo de perforación, momento diagnóstico, clínica, pruebas de imagen, manejo, técnica quirúrgica, estancia hospitalaria y mortalidad.

Resultados: De las 765 CPRE practicadas en nuestro centro en un periodo de 5 años ha habido 19 perforaciones (2,48%). En 16 casos la perforación tuvo lugar en la pared duodenal, en 2 en vía biliar y 1 en pared esofágica. Los hallazgos fueron neumoperitoneo en el 26,3%, retroneumoperitoneo en el 21,1%, ambos 15,8% y en el 10,5% además asociaban neumomediastino. Se optó por tratamiento conservador inicial en el 63,2%, siendo efectivo en el 42,1% de los casos, estando asociado con más frecuencia a perforaciones pequeñas y retroneumoperitoneo. Se realizó intervención quirúrgica en el 52,6% de los pacientes, tras fracaso a tratamiento conservador o de inicio. La media de días en planta fue de 21,19 días (3-60), la complicación más frecuente fue la pancreatitis (31,6%) y la sepsis (15,8%). La mortalidad fue del 21,1%. De los factores de riesgo, se observó papila yuxtadiverticular en el 10,5% de los casos, estenosis de papila 21,1% y realización de precorte en el 47,4%. La dificultad al paso por la papila estuvo presente en el 84,2% de los casos.

Conclusiones: La perforación duodenal post-CPRE es un cuadro grave y con alta morbilidad. Su manejo debe ser individualizado. Se debe valorar el manejo conservador selectivo.