



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-666 - MANEJO QUIRÚRGICO DE LAS PERFORACIONES TRAS COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA

González Tolaretxipi, Erik; Lozano Nájera, Ana; Toledo Martínez, Enrique; Caíña Ruiz, Rubén; Lainez Escibano, Mario; Castillo Suescun, Federico José; García Díaz, Rosana; Morales García, Dieter

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Objetivos: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento útil para el tratamiento de patología hepatobiliopancreática. Sin embargo, no está exento de complicaciones como pancreatitis, sangrado, colangitis o perforación. La tasa de perforación tras realización de CPRE se encuentra entre un 0,2-2,1% según distintas series. Su manejo puede ser conservador o quirúrgico. El objetivo es presentar nuestra serie de casos de perforación post-CPRE que hayan necesitado tratamiento quirúrgico y evaluar los resultados en función del tipo de perforación y del tratamiento elegido.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo de pacientes sometidos a intervención quirúrgica por perforación post-CPRE en nuestro centro entre los años 2008-2018. Se recogieron de la historia clínica electrónica: edad, sexo, motivo de la CPRE, tipo de perforación (según la clasificación de Stapfer), momento del diagnóstico, prueba de imagen, técnica quirúrgica realizada, estancia postoperatoria y morbilidad.

Resultados: De un total de 2.145 procedimientos existieron 46 perforaciones (0,22%), de las cuales 13 necesitaron tratamiento quirúrgico (8 mujeres y 4 hombres). La edad media fue de 78,75 años (27-94), con un índice de Charlson medio de 5 (3-7). Las indicaciones fueron: coledocolitiasis (5), pancreatitis litiásica (3), dilatación de vía biliar no filiada (2), ictericia obstructiva (2) y retirada de prótesis biliar en paciente con trasplante hepático (1). El aspecto de la papila estaba alterado en 4 pacientes y se realizó esfinterotomía en 7. Seis pacientes se diagnosticaron en el momento del procedimiento, mientras que los otros siete se diagnosticaron en las 72 horas siguientes. En todos ellos se realizó TAC abdominal. Siguiendo la clasificación de Stapfer, 6 fueron tipo I; 2 tipo II; 1 tipo III y 3 de tipo IV, teniendo también una perforación pancreática por haber realizado la esfinterotomía dentro del conducto pancreático (Wirsung). En cuanto al manejo quirúrgico, en todos ellos el abordaje fue abierto, mediante laparotomía. El tiempo medio entre la realización de la CPRE y la intervención quirúrgica fue de 16,5 horas (4,5-96). En nueve casos se realizó sutura de la perforación, colecistectomía, exploración de vía biliar, tutorización de la misma con tubo de Kehr y colocación de drenajes (en el caso de la perforación pancreática, también fue necesario tutorizar el conducto pancreático). En dos casos fue necesaria la realización de derivación biliodigestiva (coledocoduodenostomía y hepatoyeyunostomía). En dos pacientes con perforación tipo IV no se identificó la perforación y solo se realizó lavados y colocación de drenajes. La estancia postoperatoria media fue de 29,38 días (13-120). Seis casos presentaron complicaciones menores (Clavien-Dindo I-II), tres complicaciones mayores (Clavien-Dindo III-IV) con necesidad de reintervención quirúrgica por fístula biliar y hemoperitoneo, y hubo un exitus por *shock* séptico (Clavien-Dindo V).

Conclusiones: El tratamiento de las perforaciones duodenales o periduodenales secundarias a CPRE debe orientarse en función de los hallazgos clínicos y radiológicos del paciente, el mecanismo de lesión y la localización de la perforación, aunque siempre debe ser individualizado. Es fundamental el diagnóstico precoz de esta complicación para plantear el manejo más adecuado para cada caso.