



## P-736 - ENDOPRÓTESIS DUODENAL COMO TRATAMIENTO DE ÚLCERA PERFORADA ANTE FRACASO QUIRÚRGICO

González Rojo, Pablo; de Laguno de Luna, Ágata; Peix Raya, Manuel; González Rodicio, Virginia

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

### Resumen

**Introducción:** Las perforaciones duodenales son situaciones clínicas complejas, y su manejo un reto. La prevalencia reportada de fuga tras sutura duodenal de una úlcera perforada varía entre el 1 y el 13%, y conlleva un significativo aumento de la morbilidad. El manejo conservador a menudo no es suficiente y es necesaria terapéutica, que puede ser quirúrgica o endoscópica, destacando en la literatura el uso de la terapia de vacío. Se presenta un caso en el que es de interés el uso novedoso de una prótesis parcialmente cubierta para el manejo de una perforación duodenal de origen péptico con una fuga persistente tras dos intervenciones quirúrgicas.

**Caso clínico:** Varón de 82 años, sin antecedentes de interés, que tras toma de AINE comienza con dolor abdominal y hemorragia digestiva alta. En endoscopia se identifica úlcera perforada en bulbo duodenal. Intervención quirúrgica urgente: peritonitis generalizada y perforación pospilórica de 2 cm. Sutura con puntos entrecortados y omentoplastia. En posoperatorio desarrolla fístula biliar de bajo débito. Manejo conservador de entrada, aunque ante empeoramiento se decide reintervención. Durante la misma se identifica la fuga pero se limita el gesto a lavado y colocación de drenajes por la gran inflamación, mala condición del tejido y dificultad para el reconocimiento de estructuras. A pesar de mejoría clínica persiste fístula biliar. Ante fracaso quirúrgico, surge la idea de colocar un *stent*. Endoscopia: defecto de unos 2 cm, colocación de prótesis esofágica parcialmente cubierta y sonda nasoyeyunal para alimentación. Se mantiene fístula (la bilis refluye por fuera de la prótesis). Se repite endoscopia dos semanas después, con notable granulación del defecto. Colocan una prótesis algo más corta asociada a una esfinterotomía y una prótesis biliar para conseguir dirigir hacia distal el drenaje de la bilis. El procedimiento es exitoso, con resolución de la fístula y mejoría progresiva del paciente. A los 20 días las prótesis son retiradas en una tercera endoscopia, constatándose cierre del defecto duodenal.

**Discusión:** El manejo de casos como el descrito es complejo y requiere de un abordaje multidisciplinar. Las opciones quirúrgicas son técnicamente complejas y conllevan alta morbilidad, implicando mayoritariamente la derivación del tránsito duodenal. El uso del *stent* duodenal está establecido como medida paliativa en casos de obstrucción de origen neoplásico y descrito en algunos casos para el manejo de perforaciones iatrogénicas grandes durante USE/CPRE (Stapfer tipo I), con buenos resultados. Su utilización en caso de fuga/fístula tras sutura quirúrgica no se encuentra en la literatura.