



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-607 - PERFORACIÓN DE DIVERTÍCULO DUODENAL POST-CPRE

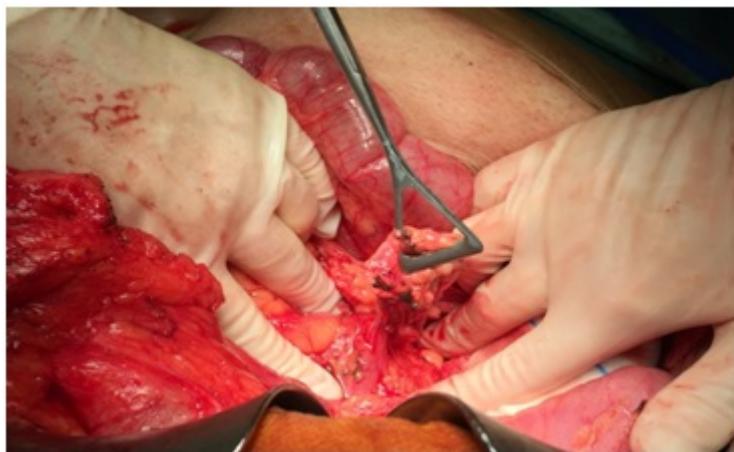
Molina Raya, Andrea; Villegas Herrera, Trinidad; Vílchez Rabelo, Andrea; García Navarro, Ana; Ferrer Castro, Carmen; Domínguez Bastante, Mireia; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

### Resumen

**Objetivos:** Presentar el manejo urgente de un caso infrecuente de perforación de divertículo duodenal post-CPRE.

**Caso clínico:** Varón de 82 años con antecedentes de gastrectomía tipo Billroth II hace 15 años por ulcer. Ingresado a cargo de Digestivo por cuadro de ictericia obstructiva y colangitis secundarias a coledocolitiasis múltiple diagnosticada mediante ecografía. Se decide realización de CPRE. En el procedimiento se consigue canular la vía biliar, hallando cálculo de más de 1 cm impactado suprapapilar y se realiza colocación de endoprótesis con esfinterotomía. Durante esta maniobra se objetiva desgarro mucoso sobre el final del asa aferente con alta sospecha de perforación, por lo que se instila contraste a la zona, evidenciando mediante fluoroscopia difusión hacia el retroperitoneo. Se avisa a Cirugía ante los hallazgos de perforación franca y se decide intervención urgente. Intraoperatoriamente se evidencia retroneumoperitoneo causado por perforación de un divertículo duodenal y laceración en cara anterior de la segunda porción duodenal, así como coledocolitiasis múltiple. Se realiza maniobra de Kocher amplia y disección del divertículo duodenal hasta su cuello con sección mediante endoGIA; colecistectomía con coledocotomía para extracción de litiasis de la vía biliar y coledocorrafia sobre “tubo en T de Kher”; acceso a la papila por la laceración de la cara anterior del duodeno realizando papiloplastia. Estancia hospitalaria de 15 días con desarrollo en el post-operatorio de ileo paralítico que precisó colocación de sonda nasogástrica y que no permitió reintroducción de alimentación vía oral hasta el 6º día postoperatorio cuando se resolvió. En la colangiografía trans-Kher de control realizada durante el ingreso se evidenció afilamiento a nivel del colédoco distal sugerente de litiasis residual o estenosis inflamatoria. Una vez resueltos los problemas reflejados y ante la mejoría clínica se decide alta domiciliaria con el Kher y revisión en una semana en consulta con colangiografía y analítica de control. En la revisión presentó analítica sin alteraciones y prueba de imagen con buen paso al duodeno del contraste, sin evidenciar defectos de replección, por lo que se pinzó el Kher y se reevaluó nuevamente a la semana. Tras normalidad clínica y analítica en el tiempo establecido se retira el Kher.



**Discusión:** La enfermedad duodenal diverticular es una entidad poco frecuente (incidencia del 5-10%), siendo la perforación una complicación inusual. El diagnóstico de la perforación del divertículo duodenal suele demorarse ante la ausencia de sintomatología, lo que influye en un ensombrecimiento del pronóstico. Aunque la CPRE es una técnica segura, no está exenta de riesgos, siendo la pancreatitis la complicación más frecuente. La clasificación de Stapfer distingue 4 tipos de perforación duodenal post-CPRE según la severidad y localización anatómica. La perforación del divertículo duodenal es una rareza clínica y hay pocos casos descritos; por este motivo no se ha definido una metodología diagnóstica y terapéutica concreta. No obstante, en general se recomienda tratamiento quirúrgico, pues aunque el tratamiento conservador (con antibiótico y drenaje percutáneo) está descrito, habitualmente fracasa.