



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-288 - COLANGITIS DE REPETICIÓN TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA POR ROTACIÓN DE HEPÁTICO-YEYUNOSTOMÍA

Martínez Mojarro, Rocío; Bejarano González-Serna, Daniel; García del Pino, Beatriz; Beltrán Miranda, Pablo; Alva Valmorisco, Marcos; Candón Vázquez, Juan; González Benjumea, Paz; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Resumen

Introducción: Actualmente la duodenopancreatectomía cefálica (DPC) es una cirugía que no presenta altas tasas de mortalidad (2%). Sin embargo, la morbilidad no es despreciable. La tasa de complicaciones postoperatorias ocasionalmente asciende al 40%, con una tasa de reintervención del 4-9%. La colangitis representa una de las complicaciones tardías mayores tras la DPC (3%). Ocurre mayoritariamente durante el primer año postoperatorio y representa un impacto negativo en la calidad de vida del paciente. Se define como colangitis refractaria a la ocurrida en tres o más ocasiones tras la DPC. Un reciente estudio ha determinado 5 factores de riesgo de colangitis refractaria: patología benigna, largo tiempo operatorio, PCR elevada, fosfatasa alcalina elevada y la presencia de neumobilia. Diversos estudios indican que la incidencia de estenosis biliar tras DPC oscila entre el 2,6-7,4%, siendo la causa más frecuente de colangitis posoperatoria. Otras causas comprenderían el reflujo pancreático o intestinal en el árbol biliar.

Caso clínico: Presentamos un caso poco documentado de colangitis recidivante tras DPC por patología benigna. Se trata de una paciente de 73 años intervenida de cistoadenoma seroso en cabeza pancreática realizándose DPC y reconstrucción en Y de Roux con doble asa. Presenta unos 20 episodios de fiebre desde la intervención en relación con bacteriemia por *E. coli* secundaria a colangitis retrógrada persistente precisando múltiples ingresos, terapias antibióticas y antibioterapia crónica profiláctica con cefixima. Durante el seguimiento se realiza: TAC abdominal: defecto de repleción en asa anastomótica gastroentérica, posible invaginación delgado-delgado. Asa algo mamelonada que plantea dudas acerca de su causa. Ausencia de neumobilia. RMN intestinal: asas intestinales y vías biliares normales, ligera ectasia de radicales biliares izquierdos. Se descarta invaginación intestinal. Gammagrafía hepatobiliar: sugestiva de síndrome de asa aferente. Inicialmente dada la escasa expresividad clínica con el tratamiento administrado se descarta cirugía. Progresión clínica precisando varios ingresos, el último de ellos por bacteriemia (*Enterobacter cloacae* de origen biliar) evolucionando favorablemente tras 10 días de antibioterapia intravenosa, por lo que es dada de alta. Dada la ausencia de datos en pruebas complementarias que justifiquen el cuadro y la aparición de germen multirresistente es revisada en nuestras consultas decidiéndose revisión quirúrgica. Se interviene objetivándose una laxitud del asa hepaticoyeyunal que ocasiona rotación de la hepático-yeyunostomía y pudiendo ser ésta la causa del cuadro. Se realiza resección de la anastomosis hepaticoyeyunal previa, creación de hepático-yeyunostomía con asa independiente y nuevo montaje en Y de Roux. Buena evolución postoperatoria, con alta a los 5 días de la intervención y asintomática en las revisiones de consulta.

Discusión: La importancia del diagnóstico y tratamiento precoz radica en evitar la aparición de colangitis refractaria, en ocasiones con gérmenes multirresistentes, y, en último lugar, evitar la aparición de una cirrosis

biliar secundaria. Inicialmente, una vez demostrada la estenosis hepático-yeyunal, se suelen resolver realizando dilataciones radiológicas o endoscópicas en varias sesiones. En ocasiones las dilataciones no resuelven el proceso, o bien no se objetiva causa de la colangitis refractaria. En estos casos, la cirugía es una opción a considerar.