



P-259 - ABDOMEN AGUDO SECUNDARIO A PERFORACIÓN DE DIVERTÍCULO DUODENAL YUXTAPAPILAR TRAS CPRE

M. Mogollón González, Y. Fundora Suárez, M.Á. Cabrera Aguirre, K. Muffak Granero, T. Villegas Herrera, A. Becerra Massare, D. Garrote Lara y J.A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción: Los divertículos duodenales se presentan en un 22% de la población y en torno a un 60% de los mismos tendrán localización yuxtapapilar. Tan sólo un 1-2% serán sintomáticos, siendo la complicación más grave la perforación, que asocia una tasa de mortalidad del 30% y requiere generalmente tratamiento quirúrgico urgente. Presentamos un caso de abdomen agudo secundario a la perforación de un divertículo duodenal yuxtapapilar tras realización de una colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) diagnóstica.

Caso clínico: Paciente de 67 años, con antecedentes personales de diabetes mellitus, HTA y trasplante renal realizado en 2007. Ingresó por cuadro de dolor abdominal, fiebre e importante pérdida de peso de seis meses de evolución. En la analítica destacaba patrón colestásico. Se realizó una CPRE identificando la papila biliar en el margen inferior de un gran divertículo, con marcada dilatación de la vía biliar. El curso evolutivo posterior fue tórpido, presentando pancreatitis necrohemorrágica, anemia progresiva y deterioro del estado general que requirió traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se realizó angio-TC abdominal que informó de neumo y retroneumoperitoneo con líquido libre peritoneal, abundante aerobilia e importante dilatación de la vía biliar intra y extrahepática. Ante la sospecha de abdomen agudo, se decidió intervención quirúrgica urgente. Mediante abordaje subcostal derecho se accedió a la cavidad abdominal, realizando maniobra de Kocher con dificultad dada la esteatonecrosis e inflamación peripancreática. Se realizó colecistectomía y colangiografía transcística, evidenciando divertículo yuxtapapilar con fuga de contraste. Se procedió a la exclusión duodenal mediante cierre con TEA 45, se colocó tubo en "T" en vía biliar y se realizó una gastroenteroanastomosis latero-lateral. La paciente continúa en la UCI, presentando una evolución lenta pero favorable.

Discusión: Los divertículos duodenales son, por lo general, asintomáticos. Sin embargo, se han descrito en la bibliografía complicaciones relacionadas con la compresión prolongada de la vía biliar como coledocolitiasis, colangitis o pancreatitis. El diagnóstico suele ser incidental durante la realización de la CPRE para el tratamiento de sus complicaciones. Ésta es una técnica con una tasa de complicaciones que varía entre el 2-12% de los casos. Aunque la clínica de la perforación de un divertículo duodenal no es específica y las pruebas de imagen no suelen ser concluyentes, un diagnóstico preoperatorio adecuado y temprano mediante TAC o colangio-RMN será esencial para la supervivencia del paciente. El tratamiento de elección será quirúrgico realizando una

diverticulectomía o técnicas de by-pass como la coledocoduodenostomía o la coledocoyeyunostomía en Y de Roux. La sospecha de perforación de un divertículo duodenal debe contemplarse en cualquier diagnóstico diferencial de abdomen agudo, dada la importancia del diagnóstico precoz para el adecuado manejo del enfermo.