



P-251 - ENFISEMA SUBCUTÁNEO SECUNDARIO A PERFORACIÓN POR CPRE

Molina Raya, Andrea; Ferrer Castro, Carmen; Domínguez Bastante, Mireia; Mansilla Roselló, Alfonso; Becerra Massare, Antonio; Torres Alcalá, Tomás

Complejo Hospitalario Universitario de Granada, Granada.

Resumen

Objetivos: Presentar un caso infrecuente de enfisema subcutáneo secundario a perforación por CPRE.

Caso clínico: Mujer de 78 años con antecedentes personales de obesidad mórbida, HTA y FA persistente ingresada a cargo de Digestivo para estudio de ictericia indolora de 3 días de evolución con coluria, acolia y prurito asociados. Sin fiebre ni otra sintomatología concomitante. Analíticamente: BT 14,5 a expensas de directa en 9,46, GOT 80, GPT 106, GGT 268, sin leucocitosis ni neutrofilia. Se realiza RMN: vesícula escleroatrófica con litiasis y pared engrosada; vía biliar dilatada hasta la confluencia (sin llegar a observar la unión del hepático izquierdo y derecho) por masa de 22 × 10 mm que parece depender de la vesícula (sugere de neoplasia). Litiasis en colédoco distal de 6 mm. No se objetivan LOES hepáticas. Se realiza CPRE muy dificultosa; objetivándose estenosis en confluencia con gran dilatación supraestenótica, colocándose prótesis en vía biliar con pequeña papilotomía que ocasiona desgarró. Empeoramiento clínico y analítico tras la realización del procedimiento con TC urgente que informa: retroneumoperitoneo; neumoperitoneo; importante enfisema subcutáneo que afecta a toda la pared abdominal anterior y parte derecha de la pared torácica. Intervención urgente evidenciando gran cantidad de aire y líquido libre en cavidad; maniobra de Kocher que identifica pequeña zona de necrosis pancreática adyacente al duodeno. Se realizan pruebas de estanqueidad a través de SNG sin apreciar perforación permeable. Se toman muestras para microbiología y anatomía patológica. Lavado de la cavidad con suero y colocación de drenajes. Evolución desfavorable con desarrollo de disfunción multiorgánica con afectación renal y respiratoria; analítica con datos de SIRS e hiperamilasemia de 1.000. Elevación de la presión intraabdominal hasta 18 cm de agua. *Exitus* a las 48h por shock séptico refractario al tratamiento.

Discusión: 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. El diagnóstico es clínico, con presencia de datos de sepsis, aire libre subdiafragmático en la radiografía de tórax o de enfisema subcutáneo masivo. Se recomienda tratamiento quirúrgico precoz debido a la alta mortalidad en pacientes con sepsis de diagnóstico tardío (más de 24 horas); no obstante, en casos seleccionados, se ha descrito tratamiento conservador (con antibiótico y drenaje percutáneo), aunque habitualmente fracasa. La presencia de enfisema subcutáneo, extravasación de contraste oral a la cavidad abdominal, colecciones de gran tamaño o fracaso de las medidas conservadoras son indicativos de cirugía

emergente.