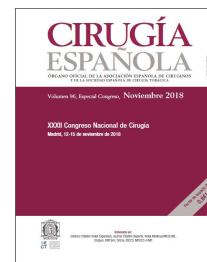




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-043 - MANEJO DE LAS PERFORACIONES POST-CPRE

López Marcano, Aylhin Joana; Arteaga Peralta, Vladimir; García Amador, Cristina; Medina Velasco, Anibal Armando; Ramiro Pérez, Carmen; Latorre Fragua, Raquel Aránzazu; de la Plaza Llamas, Roberto; Ramia Ángel, José Manuel

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Resumen

Introducción: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento terapéutico no exento de complicaciones como pancreatitis (1,3-5,4%), sangrado (0,76-3%), colangitis (0,78-1%) y la perforación (0,3-2,1%). El manejo de las perforaciones depende de la localización, momento diagnóstico y repercusión hemodinámica. Presentamos nuestra serie de pacientes con perforaciones post CPRE.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con perforaciones tras CPRE, diagnosticadas entre el enero 2013 y enero 2018. Se recogieron de la historia clínica electrónica: edad, sexo, motivo de la CPRE, tipo de perforación, momento del diagnóstico, clínica, prueba de imagen, manejo, estancia global y morbimortalidad. Las lesiones se clasificaron según Stapfer en tipo I: perforación de la pared duodenal medial o lateral, tipo II: periampular (esfinterotomía), tipo III lesión del conducto biliar o pancreático y tipo IV: aire retroperitoneal (microperforaciones por insuflación excesiva).

Resultados: Existieron 12 perforaciones de 1246 procedimientos. La edad media fue 70,5 años, 9 mujeres. Las indicaciones fueron: coledocolitiasis (6), colangitis (4), fuga biliar tras colecistectomía (1) y colangiocarcinoma irresecable (1). Cinco pacientes se diagnosticaron durante la CPRE. Cuatro pacientes presentaron dolor abdominal en las primeras horas post-CPRE y en tres pacientes tras 48 horas, realizándose TC abdominal en todos los casos. La ubicación predominante de la perforación fue periampular(50%), seguida de perforación de la vía biliar (41,6%). Hubo 1 perforación tipo I, 6 tipo II, 5 tipo III y ninguna tipo IV. En las tipo III se identificó fuga de contraste durante la CPRE, tratándose en el momento con prótesis. Dos pacientes presentaron empeoramiento clínico y analítico precisando cirugía urgente realizándose en el cierre de la perforación y colocación de tubo de Kher, en el postoperatorio ingresaron en la UVI, uno falleció, el otro evolucionó favorablemente. El resto tuvieron manejo conservador inicial basado en reposo digestivo, NPT, antibioterapia empírica de amplio espectro y SNG. La mortalidad fue de 8,3%. La estancia media hospitalaria fue de 16,5 días. En el seguimiento con TC a los 15 días se evidenció mejoría radiológica sin complicaciones locales ni necesidad de cirugía.

Edad/Sexo	Indicación	Diagnóstico TC	Tipo	Manejo	Estancia
-----------	------------	----------------	------	--------	----------

58/M	Fistula biliar	Durante la CPRE	Retroneumoperitoneo	II	Prótesis, NPT, ATB	30
84/M	Colangitis	48hrs post-CPRE	Líquido libre y neumoperitoneo	I	Cirugía	16
84/H	Colangitis	Durante la CPRE	Líquido libre y neumoperitoneo	III	Prótesis + Cirugía	14
87/M	Coledocolitiasis	48hrs post-CPRE	Neumoperitoneo	III	Prótesis, NPT, ATB	16
40/M	Coledocolitiasis	48hrs post-CPRE	Retroneumoperitoneo	III	Prótesis, NPT, ATB	4
64/M	Coledocolitiasis	Durante la CPRE	Retroneumoperitoneo	III	Prótesis, NPT, ATB	16
50/M	Coledocolitiasis	1as horas post-CPRE	Neumoperitoneo y retroneumoperitoneo	II	Prótesis, NPT, ATB	14
38/H	Coledocolitiasis	1as horas post-CPRE	Retroneumoperitoneo	II	Prótesis, NPT, ATB	18
83/H	Colangitis	Durante la CPRE	Retroneumoperitoneo	III	Prótesis, NPT, ATB	12
82/M	Coledocolitiasis	Durante la CPRE	Retroneumoperitoneo	II	Prótesis, NPT, ATB	16
92/M	Colangitis	1as horas post-CPRE	Retroneumoperitoneo	II	NPT, ATB	12
84/M	Colangiocarcinoma	48hrs post-CPRE	Retroneumoperitoneo	II	Prótesis, NPT, ATB	30

H: hombre; M: mujer; Hrs: horas; Npt: nutrición parenteral; Atb: antibioticoterapia.

Conclusiones: Es fundamental el diagnóstico inmediato de las perforaciones post-CPRE ya que permite tratar con prótesis en el mismo procedimiento. Si el diagnóstico es temprano la mayoría de las lesiones pueden manejarse exitosamente de manera conservadora.