



# Cirugía Española



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

## P-154 - NEUMOMEDIASTINO Y ENFISEMA SUBCUTÁNEO POST-CPRE: A PROPÓSITO DE UN CASO

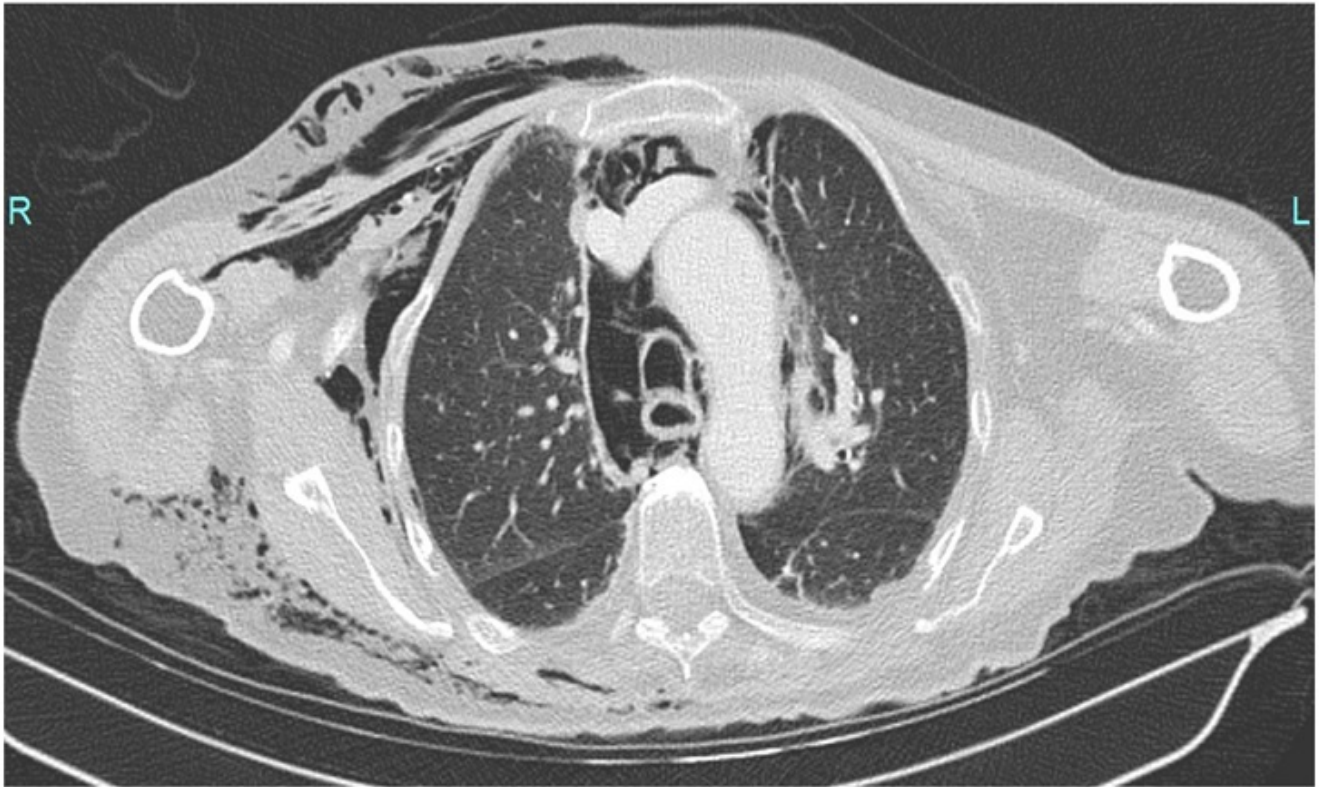
*Davó Pérez, Cristina; Soliveres Soliveres, Edelmira; Morcillo Ródenas, Miguel Ángel; Moltó Aguado, Mario; Navalón Coronado, Juan Carlos; Hurtado García, Roberto; Paredes Martínez, Mari Luz*

*Hospital Vega Baja, San Bartolomé.*

### Resumen

**Introducción:** La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento diagnóstico-terapéutico ampliamente utilizado en patología biliopancreática. Las complicaciones más frecuentes de la CPRE y la esfinterotomía son las infecciosas, la hemorragia y la perforación duodenal. Se deben tener en cuenta otras complicaciones más raras como el neumomediastino que pueden poner en peligro la vida del paciente. Se realiza una búsqueda bibliográfica de la evidencia disponible sobre complicaciones de dicha técnica y de su manejo terapéutico, a propósito de un caso.

**Caso clínico:** Presentación de un caso clínico y realización de búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed empleando los términos “neumomediastino”, “enfisema subcutáneo”, “CPRE”, “perforación esofágica” y “endoscopia”. Presentamos una paciente mujer de 91 años que ingresó por dolor abdominal e ictericia, diagnosticada mediante colangio-RM de coledocolitiasis. Se le practicó una CPRE con fines terapéuticos. Tras el procedimiento, desarrolló cuadro de dolor y edema facial y cervico-torácico. A la exploración física destacaba crepitación. El TAC reveló extenso enfisema subcutáneo a nivel de la cara, cuello, pared torácica y abdomen, así como neumomediastino importante. Estos hallazgos hicieron sospechar lesión traqueal, por lo que se realizó fibrobroncoscopia. Tras descartar fuga en vía aérea, se realiza endoscopia que objetivó en unión gastroesofágica una laceración con coágulo adherido que no desprende con lavado. Dada la estabilidad hemodinámica y la ausencia de criterios de sepsis, se manejó de forma conservadora con dieta absoluta, reposo y antibioterapia endovenosa de amplio espectro durante una semana. Preciso nutrición parenteral durante 3 días. Posteriormente, se inició tolerancia oral sin empeoramiento clínico. Los controles evolutivos mostraron progresión satisfactoria del cuadro. Entre los resultados de búsqueda no se encuentran artículos que vinculen la CPRE con la perforación esofágica como mecanismo de producción del neumomediastino. Sin embargo, se encuentran cuatro reportes de casos que relacionan el neumomediastino con trauma instrumental endoscópico a nivel esofágico. En todos ellos, concluyen que la elección del tratamiento depende del estado del paciente. Prima el tratamiento conservador frente a la cirugía y se aplica en pacientes con lesión demostrada que están estables hemodinámicamente sin criterios de sepsis y en aquellos en los que no se objetiva la fuga. Puede llegar a ser necesaria una laparoscopia diagnóstica e incluso tratamiento endoscópico cuando existe deterioro clínico y elevación de reactantes de fase aguda (RFA).



*Figura. TAC de cuello, tórax, abdomen y pelvis: Corte axial a nivel torácico en el que se objetiva enfisema subcutáneo extenso y neumomediastino importante.*

**Discusión:** La CPRE es un procedimiento muy empleado en la práctica clínica. No obstante, pueden surgir complicaciones que ponen en peligro la vida, tanto derivadas de la esfinterotomía como de la esofagogastroduodenoscopia. Por ello, se debe valorar el riesgo-beneficio y emplearse únicamente cuando supone potenciales beneficios para el paciente. La presencia de aire en peritoneo, mediastino y/o tejido subcutáneo, secundarios a una perforación en el contexto de CPRE, a pesar del riesgo latente, pueden manejarse de forma conservadora dada la evidencia de buena evolución en pacientes con un estado clínico conservado y en ausencia de signos de infección. En nuestro caso, el diagnóstico temprano, la estabilidad hemodinámica y la normalidad de los RFA permitieron un manejo conservador.