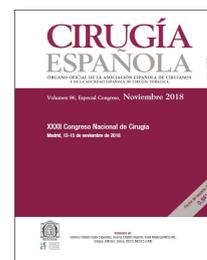




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-721 - PERFORACIÓN DUODENAL COMO COMPLICACIÓN DE UNA SESIÓN DE LITOTRIZIA EXTRACORPÓREA

Suárez Cabrera, Aurora; Sánchez-Matamoros Martín, Inmaculada; Bellido Luque, Juan Antonio; López Durán, Beatriz Lucía; Oliva Mompeán, Fernando; Nogales Muñoz, Ángel

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: La perforación intestinal tiene diferentes etiologías que van desde la inflamatoria, infecciosa, traumática, neoplásica, por cuerpo extraño, yatrogénica, entre otras. Por lo general constituye una causa de cirugía urgente por la filtración de contenido intestinal a la cavidad abdominal. La perforación intestinal secundaria a las ondas de choque en la litotricia extracorpórea es una causa extremadamente inusual con solo 9 casos descritos en la literatura médica, 8 de intestino delgado y 1 de colon. Presentamos un caso de perforación duodenal como complicación de una sesión de LEOC.

Caso clínico: Varón de 55 años con antecedentes de litiasis ureteral izquierda que recibe una sesión de litotricia extracorpórea, sin incidencias al alta. A los 5 días acude al Servicio de Urgencias refiriendo dolor abdominal generalizado continuo e intenso que inicia a las pocas horas de haber sido dado de alta y que ha ido en aumento. Presenta abdomen agudo con defensa generalizada conservando estabilidad hemodinámica. Se realiza TC abdominopélvico donde se observan burbujas aéreas extraluminales a nivel retroperitoneal y líquido libre en moderada cuantía con infiltración edematosa de grasa mesentérica. Se propone laparotomía urgente. Durante la intervención se aprecia a nivel retroperitoneal importante vertido de bilis y necrosis grasa a partir de una perforación cubierta en la segunda porción duodenal. Se procede a la movilización del duodeno y duodenorrafia de la perforación de 2 cm de diámetro, colecistectomía y colocación de tubo en T para derivación biliar. A los 10 días de la cirugía el paciente presenta fístula duodenal que se maneja de forma conservadora. Ante la persistencia de la fístula se propone la colocación de prótesis duodenal recubierta mediante endoscopia, lo que permite la reintroducción temprana de la ingesta oral y el alta. Se procedió primero con la retirada del tubo en T y posteriormente de la prótesis duodenal a las 6 semanas de su inserción. El paciente se encuentra asintomático en la actualidad.



Discusión: La LEOC se considera una técnica con poca morbimortalidad aunque no es una técnica inocua y con relativa frecuencia se presentan complicaciones del tipo cólico renal (28%), obstrucción ureteral (4%), sepsis (1,1%), deterioro de la función renal (0,4%), hematomas renales (0,4%) e hipertensión arterial. La mayoría de estas complicaciones se resuelven con tratamiento médico y actitud expectante. Resulta extremadamente infrecuente la aparición de complicaciones mayores como hematomas hepáticos, pancreatitis, arritmias cardíacas y perforaciones del tracto gastrointestinal. Si bien es una complicación poco frecuente, es de tener en cuenta como diagnóstico diferencial del abdomen agudo en pacientes con antecedentes de haber recibido recientemente tratamiento mediante litotricia extracorpórea.