



Cartas al Director

Perforaciones duodenales tras colangiopancreatografía retrógrada endoscópica

Duodenal perforations after endoscopic retrograde cholangiopancreatography



Sr. Director:

Le escribo esta carta en relación al artículo publicado en su revista del mes de junio titulado «Perforaciones duodenales tras colangiografía retrógrada endoscópica» de la Dra. Armas Ojeda et al.¹. En primer lugar, felicitar a los autores por su artículo acerca de su experiencia, y por una clara y detallada exposición de la misma.

Aún así, nos gustaría matizar un aspecto concreto del mismo. En la clasificación de Stapfer et al.², las perforaciones se dividen en tipos I-IV, no quedando recogidas estas últimas en dicho artículo. Las perforaciones del tipo IV son debidas al uso del aire comprimido para mantener la visualización intraluminal durante la realización de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), no tratándose de perforaciones reales. Se manifiestan como aire retroperitoneal o subcutáneo, y no suelen requerir tratamiento quirúrgico, presentando una muy buena respuesta de forma habitual al tratamiento conservador. En la serie presentada no existen, por tanto, perforaciones del tipo IV, pero sí se objetivan 3 casos de enfisema subcutáneo y en 5 pacientes intervenidos con supuestas perforaciones del tipo II no se objetivó la misma durante la cirugía, por lo que probablemente algunos de los pacientes catalogados como perforaciones del tipo II, se traten en realidad de perforaciones del tipo IV.

Casualmente hemos presentado recientemente nuestra experiencia en el Congreso de la Asociación Andaluza de Cirujanos celebrado en Torremolinos, Málaga, los días 17-19 de junio del presente año³. Nuestra serie incluye 11 pacientes diagnosticados de perforación post-CPRE entre junio de 2010 y

junio de 2014, lo que representa el 0,6% de todas las CPRE realizadas. En 5 pacientes se realizó tratamiento conservador (3 del tipo IV y 2 del tipo II) con buena evolución en el 100% de los casos. Los otros 6 paciente fueron intervenidos (uno del tipo I, 4 del tipo II y uno del tipo III), con una mortalidad del 50% en probable relación con un diagnóstico demasiado tardío, lo que conllevó a una situación límite del paciente. En nuestra experiencia, por tanto, consideramos 2 factores fundamentales en el pronóstico y el tratamiento de las perforaciones post-CPRE: el tiempo transcurrido, siendo vital un diagnóstico y tratamiento precoz; y el tipo de perforación existente, siendo la clasificación más aceptada la de Stapfer et al. ya previamente mencionada.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Armas Ojeda MD, Ojeda Marrero V, Roque Castellano C, Cabrera Marrero JC, Mathías Gutiérrez MD, Ceballos Santos D, et al. Duodenal perforations after endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Cir Esp.* 2015;93:403-10.
2. Stapfer M, Selby RR, Stain SC, Katkhouda N, Parekh D, Jabbour N, et al. Management of duodenal perforation after endoscopic retrograde cholangiopancreatography and sphincterotomy. *Ann Surg.* 2000;232:191-8.

3. Infantes Ormad M, López Ruiz JA, Tallón Aguilar L, Curado Soriano A, López Pérez J, Oliva Mompeán F, et al. Perforación post-CPRE: nuestra experiencia. XIV Congreso de la Asociación Andaluza de Cirujanos (Torremolinos, Málaga, 17-19 junio 2015).

Marina Infantes Ormad, Luis Tallón Aguilar,
José A. López Ruiz y Antonio Curado Soriano

Unidad de Cirugía de Urgencias, Hospital Virgen Macarena, Sevilla,
España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ltallona@hotmail.com
(L. Tallón Aguilar).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.09.004>
0009-739X/

© 2015 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

A propósito del artículo «Quiste de colédoco mixto (tipo I y II) asociado a malformación de la unión pancreatobiliar. Descripción de un caso y revisión de la literatura». ¿Podemos mejorar el diagnóstico?



Regarding the article «Mixed choledochal cyst (type I and II) associated with a malformation of the pancreatobiliary junction. a case report and review of the literature». Can we improve the diagnosis?

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo del Dr. Zacarías-Ezzat JR et al., publicado en CIRUGÍA ESPAÑOLA¹. El artículo describe un caso clínico de quiste de colédoco y según refiere revisa la literatura. A propósito de dicho artículo creemos conveniente realizar algunos comentarios.

En el caso clínico descrito tras la realización de una tomografía computarizada (TC) de abdomen, que objetiva dilatación de la vía biliar intra- y extrahepática hasta el área ampular, se procedió a tratamiento quirúrgico. Dicho procedimiento incluyó diverticulectomía pero, posteriormente, requirió una segunda intervención realizando la necesaria resección de vía biliar. Consideramos un caso muy ilustrativo que demuestra una vez más la necesidad de un correcto diagnóstico de los pacientes con ictericia para evitar una cirugía innecesaria o no adecuada. Tal como describen diversos trabajos^{1,2}, ante una dilatación quística de la vía biliar que puede ser sospechada por TC, el diagnóstico de quiste de colédoco, el tipo y la posible asociación de una anomalía de la unión bilio-pancreática puede ser realizado mediante una colangio-resonancia magnética (CRM) con elevada sensibilidad (90-100%) y especificidad (73-100%). Así pues, el manejo descrito en el artículo no parece el más adecuado. Por otra parte, los autores no describen en ningún momento el papel de la CRM en esta situación. Si bien la realización de una CRM puede no estar disponible en todos los centros, consideramos que debe hacerse mención a que este

método diagnóstico es el óptimo para evitar procedimientos invasivos.

Por otra parte querríamos resaltar que la indicación de resección de vía biliar se considera el «gold standard» en todos los quistes de tipo I, reservando la exéresis del quiste para los tipos II^{3,4}. Los quistes tipos III a V requieren un abordaje personalizado, tal como describimos en nuestra experiencia de 18 casos publicada en CIRUGÍA ESPAÑOLA en el 2008⁴.

Por último, considerando que el trabajo refiere incluir una revisión de la literatura, encontramos a faltar en la revisión y bibliografía los artículos comentados²⁻⁴, pues 2 de ellos son de las revisiones más completas publicadas, y nuestra experiencia es una de las experiencias nacionales más amplias.

Financiación

Los autores declaramos no haber recibido financiación alguna para realizar este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener ningún conflicto de intereses para realizar este trabajo.