REVISTA ESPAÑOLA DE

ENFERMEDADES DIGESTIVAS

The Spanish Journal of Gastroenterology

www.reed.es
(Open Access)

NOVIEMBRE 2019 · VOLUMEN 111
Suplemento 2· Págs.: 1-78

Factor de Impacto (2018):
JCR: 1,858 (Q4) / SJR: 0,52 (Q2)

Órgano de expresión científica de:

Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)
Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED)
Asociación Española de Ecografía Digestiva (AEED)

41 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Alicante, 14-16 de noviembre de 2019

ARÁN Ediciones, S.L.

code: READBN
ISSN: 1130-0108

P-093. MANEJO DE LAS PERFORACIONES POST-CPRE EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL ASISTENCIAL

Rubén Pique Becerra, José Antonio Carneros Martín, Fernando García Durán, María Bellart Llavall, Marina Gil Santana, Nazaret María Pizarro Vega, Fernando Bermejo

Introducción: La CPRE no está exenta de complicaciones cifrándose según las series hasta en un 10%. La perforación post-CPRE es una complicación que incrementa el riesgo de mortalidad hasta un 18-23%.

Objetivo: Revisar todos los casos de perforación post-CPRE en un centro de 2º nivel asistencial evaluando manejo, diagnóstico y terapéutica.

Material y método: Estudio retrospectivo y transversal donde se analizaron todas las perforaciones post-CPRE (marzo 06 - junio 19). Se evaluó el tipo de perforación según la clasificación de Stapfer, hallazgos endoscópicos, clínica, método diagnóstico, manejo inicial, necesidad de cirugía y la tasa de éxitos.

Resultados: Se han realizado 1060 CPRE con un total de 7 perforaciones (0.66%). Dos de tipo I, una de tipo II cuatro de tipo III. En dos (42%) el diagnóstico fue intraprocedimiento y solo uno fue después de 24h. La técnica diagnóstica de elección fue el TC abdominal. La indicación principal de la CPRE fue la coledocolitiasis (71%), seguida de ictericia obstructiva por neoplasia de páncreas (28%). De los tres pacientes que requirieron cirugía, dos precisaron tubo de Kher (Stapfer III) y uno sutura de asa yeyunal sin resección intestinal (Stapfer I). Solo hubo un éxitus relacionado en perforación tipo I en paciente en el que se desestimó cirugía por patología de base. Todas las perforaciones tipo I se dieron en pacientes con patología neoplásica pancreática y alteración anatómica por gastrectomía Billroth II previa.

Conclusiones:

1. La patología neoplásica y la alteración de la anatomía gástrica se relacionan con mayor tasa de complicaciones graves.
2. En las perforaciones tipo I es imprescindible el manejo quirúrgico. En las tipo II o III se puede optar por tratamiento conservador si no hay factores de riesgo, pero siempre con seguimiento estrecho.