



P-027 - PERFORACIÓN DE INTESTINO DELGADO SECUNDARIA A LA MIGRACIÓN DE UNA PRÓTESIS BILIAR IMPACTADA EN UNA HERNIA INCISIONAL INFRAUMBILICAL

Borrego Galán, Milagros; Vázquez Perfecto, Ricardo; Martín Domínguez, Susana; González Sánchez, M. Carmen; Franch Arcas, Guzman; Baron Salvador, Beatriz; Nieto Arranz, Juan Manuel; Muñoz Bellvis, Luis

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Introducción: La utilización de prótesis biliares para el tratamiento de obstrucciones biliares de causa benigna o maligna es una práctica muy habitual. Dentro de las posibles complicaciones ligadas a este procedimiento la migración protésica no es una complicación muy habitual. Afecta al 5-10% de los pacientes. Las prótesis migradas no suelen dar sintomatología y habitualmente son expulsadas con las heces, pero ocasionalmente pueden enclavarse e incluso perforar un asa intestinal.

Caso clínico: Mujer de 82 años de edad intervenida previamente por adenocarcinoma de sigma. Posteriormente requirió dos resecciones hepáticas y una segmentaria pulmonar por metástasis a distancia. Presentó una nueva recidiva tumoral a nivel del hilio hepático que causó ictericia obstructiva por lo que se colocaron dos endoprótesis biliares plásticas de 8,5F, de 15 y 12 cm. De longitud. Meses después se retiran y se coloca una nueva prótesis plástica en el conducto hepático derecho, no siendo posible la cateterización del izquierdo. A los 3 meses, se produce una obstrucción completa de la vía biliar y la CPRE demuestra infiltración tumoral del hepático común, colocándose una prótesis metálica no recubierta de 12 cm, con adecuado drenaje, pero sin poder rescatar la prótesis previa. Cinco días después, aparece un absceso a nivel de una hernia incisional infraumbilical, acompañado de celulitis de pared abdominal, por lo que se realiza un TAC que visualiza herniación infraumbilical de asas de intestino delgado con una estructura en el interior del saco compatible con prótesis biliar migrada y un absceso de 60 × 75 × 89 mm con signos de perforación intestinal. Avisan a Cirugía y encontramos que el absceso ha empezado a drenar espontáneamente por un pequeño orificio. Realizamos ampliación del orificio de drenaje con anestesia local y objetivamos una fístula de intestino delgado a través de la que se exterioriza el extremo del catéter biliar que retiramos con facilidad. La fístula cerró espontáneamente a los pocos días y la herida evolucionó favorablemente con curas locales.

Discusión: El uso de *stent* biliares es una práctica cada vez más habitual. Los factores de riesgo de complicación de prótesis migradas serían la presencia de hernias, cuadros adherenciales y diverticulosis. En estos casos los endoscopistas deberían valorar la retirada electiva de las prótesis biliares antes de que puedan migrar. En los casos de migración de prótesis, se debe tener especial atención en los pacientes con los factores de riesgo mencionados manteniendo una actitud

expectante pero considerando la extracción endoscópica si se sospecha impactación o la cirugía precoz si hay signos de perforación.