



P-222 - PERFORACIÓN SIGMOIDEA POR PRÓTESIS BILIAR PLÁSTICA MIGRADA TRAS UNA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE A TENER EN CUENTA

Ortiz López, David; Artiles Armas, Manuel; Cruz Benavides, Francisco José; Roque Castellano, Cristina; Jiménez Díaz, Laura; Medina Velázquez, Raúl; Afonso Luís, Natalia; Marchena Gómez, Joaquín

Hospital Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canarias.

Resumen

Introducción: La colocación endoscópica de una endoprótesis biliar plástica es un procedimiento bien establecido para el tratamiento inmediato de la ictericia obstructiva. En el caso de la cirugía del cáncer de páncreas o ampulomas, los stents plásticos resuelven el cuadro de ictericia obstructiva preoperatoria y, por lo general, son retirados intraoperatoriamente. La migración de un stent biliar plástico ocurre en 5-10% de casos. En la mayoría de las ocasiones, el stent migrado será expulsado con las heces y sólo una minoría de ellos causará complicaciones. La perforación intestinal por una endoprótesis biliar es una complicación infrecuente, ocurriendo más frecuentemente en el duodeno. La perforación sigmoidea por la misma es un evento aún más raro, asociándose a pacientes con diverticulosis o adherencias intrabdominales por cirugía previa. Se presenta un caso de perforación sigmoidea por la migración de una prótesis biliar plástica en el postoperatorio inmediato de una duodenopancreatectomía cefálica laparoscópica por ampuloma, abocando al paciente a la cirugía urgente y mermando notablemente su postoperatorio.

Caso clínico: Varón de 69 años con antecedente de linfoma gástrico en remisión, exfumador y bebedor ocasional, ingresado en el servicio de Digestivo para estudio de un cuadro de ictericia obstructiva. Las pruebas de imagen e histológicas diagnosticaron un ampuloma de papila duodenal. Un stent plástico fue colocado endoscópicamente durante la CPRE, desobstruyendo así la vía biliar principal. Con el diagnóstico de ampuloma, y tras haber completado el estudio de extensión, el paciente fue intervenido de forma electiva, llevándose a cabo una duodenopancreatectomía cefálica con preservación pilórica laparoscópica. Durante el acto intraoperatorio no se evidenció la prótesis biliar plástica colocada previamente, aceptando por tanto la migración distal de la misma. La anatomía patológica demostró un adenocarcinoma sobre ampuloma T2N0M0. Durante el postoperatorio inmediato, el paciente evolucionó de forma lenta pero favorable, tolerando dieta oral y con tránsito gastrointestinal preservado. Sin embargo, en el 11º día postoperatorio, próximo al alta hospitalaria, el paciente inició un cuadro brusco de distensión abdominal, dolor y defensa en hemiabdomen inferior izquierdo. Se realizó una hemograma que demostró leucocitosis de 39.800/uL con desviación izquierda y una proteína C reactiva de 175 mg/L. El TC de abdomen urgente reveló una perforación sigmoidea por prótesis biliar plástica migrada. El paciente fue intervenido con carácter urgente, evidenciándose una perforación sigmoidea puntiforme, con exteriorización parcial de la prótesis plástica migrada y una peritonitis purulenta difusa. Se practicó una sutura simple de

sigma, epiploplastia y lavado abundante de la cavidad intraperitoneal. El paciente fue dado de alta tras 33 días de ingreso hospitalario.

Discusión: La migración distal de una endoprótesis biliar plástica es un evento raro y generalmente indolente, pero que puede conducir a complicaciones graves como la perforación intestinal. Tanto el paciente como el cirujano deben ser conscientes de las posibles complicaciones derivadas de su migración. Debemos plantearnos alternativas terapéuticas para la recuperación o control de los stents migrados, reduciendo así el riesgo de perforación intestinal y el empobrecimiento de un postoperatorio ya de por sí tórpido como es el de una duodenopancreatectomía cefálica.