



PERFORACIÓN DE SIGMA SECUNDARIA A UNA MIGRACIÓN ESPONTÁNEA DE UNA PRÓTESIS BILIAR PLÁSTICA

Sr. Director: La perforación colónica secundaria a una migración de prótesis biliares de plástico es una complicación infrecuente con escasos casos publicados en la literatura médica, y habitualmente asociada a alteraciones morfológicas en el punto de perforación (p. ej., divertículos de colon).

Mujer de 80 años de edad, que presenta como único antecedente personal hipertensión arterial y que ingresa en nuestro centro con el diagnóstico de colangitis aguda, iniciándose tratamiento antibiótico. Se realizó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en las primeras 48 h, en la que se pone de manifiesto una vía biliar extrahepática dilatada con 3 cálculos de más de 15 mm y múltiples defectos de repleción móviles de menor tamaño. Se extrajeron 2 de las litiasis de mayor tamaño y los cálculos de pequeño tamaño, quedando el resto en la vía biliar, dado el importante edema que presenta la papila, y se colocó una prótesis biliar de plástico para asegurar un correcto drenaje. A los 7 días se realizó una segunda CPRE, en la que no se observaba la prótesis colocada previamente ni mediante visión directa con el duodenoscopio ni con radioscopia.

Cinco días después de la realización de la exploración, la paciente presentó un cuadro de dolor abdominal, fiebre y leucocitosis sin alteración analítica del perfil hepático; en la radiografía de abdomen se observaba una imagen radioopaca compatible con prótesis biliar localizada en la fosa ilíaca izquierda, en la teórica situación del colon sigmoide. Se decidió realizar una tomografía computarizada urgente, en la que se observaba una perforación del sigma por cuerpo extraño y líquido libre intra-abdominal.

Dados los hallazgos, se decidió intervenir quirúrgicamente a la paciente. Se realizó una laparotomía que demostró una perforación puntiforme en el colon sigmoide, por la que asoma una prótesis biliar plástica y escaso contenido seropurulento en la pelvis, que se resuelve mediante su extracción y sutura de la lesión. La paciente evolucionó favorablemente tras la cirugía y fue dada de alta.

La perforación intestinal como complicación de la migración de una prótesis biliar es una complicación infrecuente, con pocos casos descritos en la literatura médica. Es más frecuente en el íleon y el colon^{2,5}, y normalmente está asociada a una enfermedad intestinal preexistente, como divertículos de colon e intestino delgado o hernias^{2,6}, hallazgos no presentes en este caso. Asimismo, se han comunicado otras complicaciones más tardías, como fístulas colovaginales y colocutáneas. El trata-



Fig. 1. Perforación de colon sigmoide. Imagen hiperintensa que corresponde a prótesis plástica con uno de sus extremos en la luz del colon y el otro en peritoneo.

miento habitual es quirúrgico mediante la extracción de la prótesis enclavada y la sutura de la lesión.

MARÍA SENOSIÁIN, CARMEN SENENT, ÓSCAR NOGALES, ANA HERNANDO, CECILIA GONZÁLEZ ASANZA Y PEDRO MENCHÉN

Sección de Endoscopia Digestiva. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Levey JM. Intestinal perforation in a parastomal hernia by a migrated plastic biliary stent. *Surg Endosc.* 2002;16:1636-7.
2. Akimboye F, Lloyd T, Hobson S, Garcea G. Migration of endoscopic biliary stent and small bowel perforation within an incisional hernia. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2006;16:39-40.
3. Lanteri R, Naso P, Rapisarda C, Santangelo M, Di Cataldo A, Licata A. Jejunal perforation for biliary stent dislocation. *Am J Gastroenterol.* 2006;101:908-9.
4. Schaafsma RJ, Spoelsta P, Pajan J, Huibregtse K. Sigmoid perforation: a rare complication of a migrated biliary endoprosthesis. *Endoscopy.* 1996;28:469-70.
5. Storkson RH, Edwin B, Reiertsen O, Faerden AE, Sortland O, Rosseland AR. Gut perforation caused by biliary endoprosthesis. *Endoscopy.* 2000;32:738-9.
6. Mastarakos DP, Milman PJ, Cohen R, Oldenberg SP. An unusual complication of a biliary stent-small bowel perforation of an incarcerated hernia sac. *Am J Gastroenterol.* 1998;93:2533-5.



ADENOCARCINOMA GÁSTRICO EXTREMADAMENTE BIEN DIFERENCIADO. UNA NEOPLASIA DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

Sr. Director: En 1975 Silvelberg¹ describió en el útero un tipo de adenocarcinoma que llamó *minimal deviation carcinoma*, de alta dificultad diagnóstica mediante biopsias debido a que es un tumor extremadamente bien diferenciado, difícil de distinguir del epitelio sano con las técnicas de tinción comunes.

Desde 1983 han ido apareciendo artículos aislados, en su gran mayoría japoneses, sobre un tumor similar de origen gástrico, llamado adenocarcinoma gástrico extremadamente bien diferenciado (AGEBD), que plantea los mismos problemas diagnósticos que los anteriormente descritos en su pariente uterino. Afortunadamente su incidencia es muy baja: alcanza el 0,2% en la amplia serie de Yamamoto², de 2.070 adenocarcinomas gástricos, y el 0,6% en la serie de 987 pacientes de Niimi³.

Presentamos un caso de este tipo de tumor, en una paciente que tratamos por una estenosis pilórica, de la que solamente fue posible el diagnóstico en el estudio intraoperatorio, ya que todas las biopsias y citologías preoperatorias fueron negativas.

Mujer de 67 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial e insuficiencia mitral moderada. Ingresó en nuestro hospital por un cuadro de epigastralgia y vómitos de repetición de 3 meses de evolución, diagnosticándose mediante gastroscopia de estenosis pilórica por úlcus prepilórico, con citología y biopsias que fueron negativas para tumor maligno. Tratada médicamente con inhibidores de la bomba de protones y erradicación de *Helicobacter pylori*, se realizó un estudio mediante tránsito esofagogastroduodenal (TEGD) y tomografía computarizada, que no aportaron otros datos de interés.

Dada la persistencia del cuadro de estenosis pilórica, se repitió la gastroscopia en otras dos ocasiones, practicándose en todas ellas citología y biopsias que fueron negativas. Ante la persistencia de la clínica y la falta de respuesta al tratamiento médico, se decidió instaurar un tratamiento quirúrgico. La paciente fue intervenida, y en la laparotomía se apreciaron varias adenopatías perigástricas, biopsiándose una de ellas que fue positiva para adenocarcinoma ADK, por lo que se realizó una gastrectomía subtotal con linfadenectomía D2 y reconstrucción tipo Billroth II.

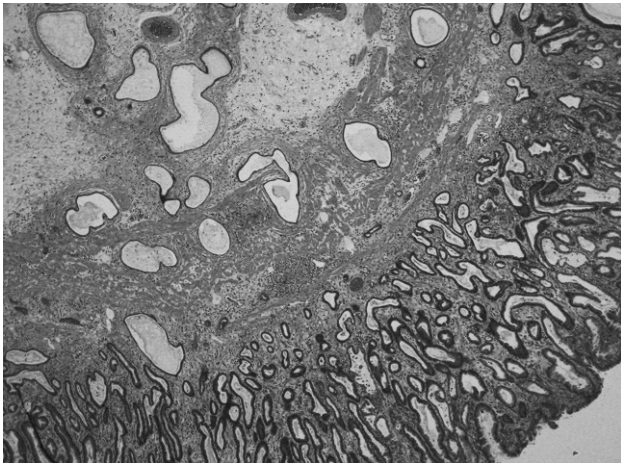


Fig. 1. Glándulas neoplásicas con escasa atipia que infiltran la submucosa (hematoxilina-eosina, $\times 40$).

Mediante estudio anatomopatológico se diagnosticó un adenocarcinoma extremadamente bien diferenciado de tipo intestinal, que infiltraba el tejido adiposo, con 14 ganglios positivos de 37 aislados, y una gastritis crónica atrófica con metaplasia intestinal. Dado el estadio avanzado de la neoplasia, se indicó quimioterapia complementaria.

El AGEBD plantea grandes dificultades diagnósticas, ya que su patrón histológico presenta mínimas diferencias con el de una mucosa gástrica normal (fig. 1). Por ello, como destacan casi todos los autores, su diagnóstico preoperatorio es a veces muy difícil de realizar con las técnicas habituales, ya que es imposible distinguirlo del epitelio foveolar benigno. Hay autores que recomiendan recurrir a técnicas de inmunohistoquímica especiales, como la expresión del *p53*, de la proteína *c-erb-2* o el estudio del índice proliferativo *Ki-67*⁴, pero los resultados no son concluyentes, ya que no presentan la mutación de los dos primeros tests y el índice proliferativo suele ser bajo. Afortunadamente, su incidencia es muy baja, por lo que las dificultades descritas son excepcionales.

En nuestro caso no pudimos diagnosticar el tumor ni con 3 citologías y 3 biopsias preoperatorias.

La mayoría de los autores —entre los que destacan Yao et al⁴, que han publicado una de las series más amplias— refiere que este tumor presenta un mejor pronóstico que el adenocarcinoma común. En nuestro caso, el tumor se presentó histológicamente en una fase muy avanzada, lo que a pesar del corto seguimiento hace pensar que tendrá una evolución desfavorable.

Presentamos este caso por el interés que conlleva, ya que puede hacer nos sospechar la presencia del tumor ante cualquier caso clínico que, como el nuestro, a pesar de su aspecto benigno, presenta una evolución desfavorable con las medidas terapéuticas conservadoras convencionales. Ante su sospecha, se puede recurrir a las técnicas de inmunohistoquímica antes citadas, pero éstas no suelen ser concluyentes, por lo que la única posibilidad de llegar al diagnóstico preoperatoriamente es practicando macrobiopsias que permitan estudiar la submucosa, ya que el único criterio de malignidad es la invasión glandular en profundidad, lo que obligará a un tratamiento más agresivo, sin duda quirúrgico.

FRANCISCO ESPÍN^a, LAURA PULIDO^a, ALBERTO BIANCHI^a, JOSEP FELIU^a, MARÍA JOSÉ FANTOVA^b Y XAVIER SUÑOL^a

^aServicio de Cirugía General. Hospital de Mataró. Barcelona. España.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital de Mataró. Barcelona. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Silverberg SG, Hurt WG. Minimal deviation adenocarcinoma («adenoma malignum») of the cervix: a reappraisal. *Am J Obstet Gynecol.* 1975;121:971-5.
2. Yamamoto J, Ohshima K, Kohno S, Ichimiya H, Nakagaki M, Iwasaki H, et al. Extremely well differentiated adenocarcinoma of the stomach diagnosed preoperatively as esophageal achalasia: report of a case. *Surg Today.* 2005;35:488-92.
3. Niimi C, Goto H, Ohmiya Y, Niwa Y, Hayakawa T, Nagasaka T, et al. Usefulness of p53 and ki-67 immunohistochemical analysis for preoperative diagnosis of extremely well-differentiated gastric adenocarcinoma. *Am J Clin Pathol.* 2002;118:683-92.
4. Yao T, Utsunomiya T, Oya M, Tsuneyoshi M. Extremely well-differentiated adenocarcinoma of the stomach: clinicopathological and immunohistochemical features. *World J Gastroenterol.* 2006;12:2510-16.