

áreas violáceas y amplias membranas blanquecinas que cubren prácticamente la totalidad de la mucosa, con el diagnóstico endoscópico de colitis pseudomembranosa. La detección de toxina de *Clostridium difficile* fue negativa, así como el cultivo para *Shigella* y *Salmonella*. Esta primera biopsia demostró material fibrinopurulento compatible con fondo de úlcera o pseudomembrana.

Una semana más tarde se repite la endoscopia (rectoscopia), y se observa una mucosa granujienta y friable con úlceras; en este caso, la biopsia demostró entremezclados con el tejido de granulación, histiocitos espumosos, histiocitos con material granular basófilo en sus citoplasmas, microcalcificaciones concéntricas y estructuras eosinófilas extracelulares compatibles con cuerpos de Michaelis-Gutman. El diagnóstico histológico fue malacoplaquia.

A los 7 días se realiza una colonoscopia reglada y endoscópicamente persisten las úlceras serpinginosas; de nuevo el diagnóstico endoscópico fue colitis pseudomembranosa y el diagnóstico anatomopatológico fue malacoplaquia; un nuevo cultivo para *Salmonella* y *Shigella* resultó negativo. A los 10 días se realiza una última colonoscopia de control; se observan úlceras serpinginosas con pseudomembranas amarillentas similares a las descritas en exploraciones previas, aunque con menor afectación. La evolución de la paciente fue favorable tras el tratamiento antibiótico recibido.

Clínicamente, la malacoplaquia es muy difícil de sospechar por su baja incidencia y su presentación con un cuadro inespecífico que puede variar desde pacientes asintomáticos a cuadros de diarrea, dolor abdominal⁵, pseudoapendicitis⁶, hemorragia u obstrucción.

Existen descritos 3 patrones endoscópicos para la afectación intestinal por malacoplaquia: en placas o nódulos blancos⁵, como lesiones polipoides⁶, o como grandes masas, todos estos con mucosa íntegra. En nuestro caso cabe destacar 2 aspectos: por una parte, la presencia de úlceras y pseudomembranas en todas las endoscopias realizadas, una imagen no descrita hasta el momento, y, además, la

asociación de malacoplaquia a un cuadro de colitis asociada a la toma de antibióticos, tampoco descrito en la literatura médica consultada.

Bibliografía

1. Yousef GM, Naghibi B. Malakoplakia outside the urinary tract. Arch Pathol Lab Med. 2007;131:297-300.
2. Weinrach DM, Wang KL, Cisler JJ, Díaz LK. Pathologic quiz case: a 54-year-old liver transplant recipient with diffuse thickening of the sigmoid colon. Arch Pathol Lab Med. 2004;128:133-4.
3. Karasavvidou F, Potamianos SP, Barbanis S, Stathakis E, Psychos A, Kapsoritakis AN, et al. Malakoplakia of the colon associated with colonic adenocarcinoma diagnosed in colonic biopsies. World J Gastroenterol. 2007;13:6109-11.
4. Kianifar H, Sharifi N, Talebi S, Kiani M. Malakoplakia of colon in a child with celiac disease and chronic granulomatous disease. Indian J Gastroenterol. 2006;25:163-4.
5. Boixeda D, Hernández Ranz F, Moreira F, Arenas JI, Pina R, Chantar C, et al. Malakoplakia gastrointestinal: revisión a propósito de un caso. Revista Clínica Española. 1978;148:415-8.
6. López Rivas L, Estrada Rato F, Catalán Adivinación F, Monte Colunga C, Rojo Eyaralar O, López Laguna I. Malakoplakia de colon y recto. Revista Clínica Española. 1985;176:204-6.

Irene Amat Villegas^a, Ana Martínez-Peñuela Marco^{a,*}, Marta Basterra Ederra^b, Federico Bolado Concejo^b y José María Martínez-Peñuela Virseda^a

^aServicio de Anatomía Patológica, Hospital de Navarra, Navarra, España

^bServicio de Digestivo, Hospital de Navarra, Navarra, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: amartmar@cfnavarra.es (A. Martínez-Peñuela).

doi:10.1016/j.gastrohep.2010.03.003

Perforación intestinal secundaria a migración de prótesis biliar: tratamiento miniinvasivo

Intestinal perforation due to migration of a biliary prosthesis: Mini-invasive treatment

Sr. Director:

Desde su descripción en 1980 por Soehendra y Reynders-Frederix, la colocación de prótesis biliares para patologías malignas y posteriormente para patologías benignas es un procedimiento extremadamente útil y con bajas tasas de complicaciones.

La complicación a largo plazo más frecuente es la obstrucción de la prótesis, ya sea por crecimiento tumoral o por depósitos litogénicos en el interior o en las proximidades de ella. La perforación intestinal por migración de la prótesis es una complicación extremadamente rara¹. Ha sido reportada en la mayoría de las series en un porcentaje que oscila entre el 3-6%², pudiendo migrar en dirección proximal (generalmente asociada a patologías malignas) o en dirección distal (generalmente asociada a estenosis benignas), siendo la mayoría de ellas asintomáticas en su tránsito, eliminándose con las heces.

Presentamos el caso de un varón, de 61 años, el cual ingresó con cuadro de dolor abdominal con el antecedente de haber recibido un año antes una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en la cual se había colocado una prótesis plástica por una estenosis benigna de la vía biliar. El paciente presentaba un dolor en la fosa ilíaca derecha de 6 h



Figura 1 Imagen de la cirugía. Se visualiza perforación del íleon terminal con salida de la prótesis plástica a través de la incisión de Pfannestiel de 5 cm guiada previamente por laparoscopia.

de evolución, acompañado de defensa y reacción peritoneal en dicha zona. Tenía el antecedente de haber sido apendicectomizado hacía 40 años y de haber tenido una colecistectomía abierta hacía 1 año y medio atrás, la que posteriormente había evolucionado con una estenosis benigna de la vía biliar, que se había resuelto endoscópicamente mediante la colocación de una prótesis de 10 Fr. Se completaron los estudios preoperatorios con una tomografía computarizada de abdomen en donde se objetivó la prótesis a nivel de la fosa ilíaca derecha que causaba perforación del asa ileal. Se decidió conducta quirúrgica comenzando con laparoscopia, objetivándose los hallazgos tomográficos. Se visualizó el asa de íleon fija a la pared anterior del abdomen en la zona de la cicatriz de Mc Burney previa. Debido a la dificultad en la resolución por este medio, se decidió la conversión a técnica abierta emplazando la incisión sobre la zona cercana a la adherencia, guiándola por vía laparoscópica. Se realizó una incisión de Pfannestiel (5 cm) por la cual se logró extraer la prótesis y realizar un cierre simple del segmento intestinal perforado (figs. 1 y 2). El paciente tuvo buena evolución y fue dado de alta al 4.º día postoperatorio.

La perforación intestinal por la migración de una prótesis biliar es una complicación extremadamente rara. El primer caso reportado de perforación de íleon distal fue en el año 2003³ y hasta ese entonces solo existían reportes de perforación duodenal, siendo este el sitio más frecuentemente afectado (el 92% de los casos)⁴. Existen ciertos predisponentes para que se produzca esta perforación, dentro de los cuales las hernias congénitas e incisionales, las adherencias de cirugías previas y los divertículos colónicos son los más frecuentemente relacionados. Debido a esto, la colocación de prótesis en estos pacientes debe hacerse evaluando posteriores riesgos. Es mandataria la indicación quirúrgica temprana para prevenir futuras complicaciones si la prótesis migra y se atasca y no puede ser removida por procedimientos endoscópicos⁵. Se han sugerido varias



Figura 2 Imagen de la cirugía. Prótesis plástica sobre la pared abdominal luego del cierre de la perforación intestinal.

estrategias para prevenir la migración, dentro de las cuales se cree que la colocación de varias prótesis de menor calibre en lugar de una de mayor calibre podrían disminuir el porcentaje de migraciones. Queremos remarcar que, gracias a la alta sensibilidad de la tomografía computarizada en el diagnóstico de esta patología y a la utilización de la laparoscopia como método de abordaje, se puede lograr la resolución de la patología con un abordaje miniinvasivo.

Bibliografía

1. 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.
2. Johanson JF, Schmalz MJ, Geenen JE. Incidence and risk factors for biliary and pancreatic stent migration. *Gastrointest Endosc.* 1992;38:341–6.
3. Esterl R, Laurent M, Bay M, Speeg KV, Halff GA. Endoscopic biliary stent migration with small bowel perforation in a liver transplant recipient. *J Clin Gastr.* 1997;24:106–10.
4. Gould J, Train JS, Dan SJ, Mitty HA. Duodenal perforation as a delayed complication of placement of a biliary endoprosthesis. *Radiology.* 1988;167:467–9.
5. Diller R, Senninger N, Kautz G, Tubergen D. Stent migration necessitating surgical intervention. *Surg Endosc.* 2003;17:1803–7.

Ezequiel Escudero*, Martín Eduardo Dolan,
Ludmila Grassano, Enrique Ferrer y José Gil Pomar

Servicio de Cirugía General, Hospital Interzonal de Agudos Oscar Alende, Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: loloescudero@hotmail.com
(E. Escudero).