



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-037 - FÍSTULA COLOPLEUROPULMONAR SECUNDARIA A LA MIGRACIÓN DISTAL DE UN STENT BILIAR

Arín Palacios, Beñat; Poveda Lasheras, Ignacio; Moya Andía, José Luis; Rico Arrastia, Aida; Montón Condón, Soledad; Borobio Aguilar, Erika; Cires Bezanilla, Jesús Manuel; Ariceta Iraola, Juan

Hospital García Orcoyen, Estella.

### Resumen

**Introducción:** El abordaje endoscópico actualmente es clave en el manejo de patología biliopancreática. La esfinterotomía endoscópica junto a las técnicas con balón y los stents biliopancreáticos permiten resolver cuadros obstructivos coledocianos y del Wirsung tanto benignos como malignos. Sin embargo dichas técnicas endoscópicas no están exentas de complicaciones. La migración tanto proximal como distal del stent biliar aunque rara, es bien conocida. Está descrita la perforación u obstrucción intestinal por migración distal pero no con tránsito torácico asociado. Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed hasta 2016 de revisiones, casos clínicos y abstracts sobre la migración de prótesis biliares principalmente la distal. A su vez se presenta un caso de migración distal de un stent biliar con perforación de colon y tránsito a tórax, único en la literatura científica.

**Caso clínico:** Varón de 85 años pluripatológico con antecedente de colecistectomía laparoscópica y varias colangitis en 8 años resueltas con CPRE con esfinterotomía endoscópica en 5 ocasiones, que rechazó coledocoduodenostomía. Tras 9 años, se repite CPRE por colangitis, hallando nueva estenosis papilar. Se extraen múltiples coledocolitias y se colocan 6 prótesis biliares plásticas, de 9 y 7 cm de longitud, todas de 10 F. 3-4 meses después presenta sendos episodios de dolor abdominal evidenciándose migración distal de todas las prótesis, situándose 5 en el ángulo esplénico. El control radiológico muestra progresión de las mismas, con expulsión de una de ellas. Sin embargo, 11 meses tras la CPRE requiere ingreso por cuadro respiratorio. La radiografía y TC torácicos muestran la migración de la única prótesis biliar remanente, desde el ángulo esplénico del colon hasta el hemitórax izquierdo permaneciendo un extremo dentro de la luz cólica. Por colonoscopia se halla la prótesis biliar perforando un divertículo en dicho ángulo cólico. Se extrae con asa y se cierra el orificio con 2 clips hemostáticos. Evoluciona satisfactoriamente tras completar antibioterapia, sin precisar reingreso por este motivo.

**Discusión:** La tasa de migración de stents biliares se estima en 6%, 4-10% proximalmente y 3-6% distalmente. Frecuentemente la migración distal se considerarse banal. Sin embargo puede causar obstrucción intestinal, penetración o perforación de víscera hueca, pudiendo ser letal. La búsqueda en Pubmed muestra al menos 33 publicaciones en inglés que describen perforaciones de colon. Ninguna con tránsito a tórax. Su manejo puede ser quirúrgico o endoscópico en función de la situación clínica. Los principales factores asociados a la migración son: indicación de stent por coledocolitias y VBP dilatada, prótesis plásticas, stents cortos (7-9 cm) o estrechos (10 Fr), esfinterotomía asociada, estenosis biliares benignas. La recuperación endoscópica de prótesis migradas proximalmente requiere cierta habilidad técnica, mientras que la distal es habitualmente más sencilla. Para la extracción se emplean fórceps, cesta de Dormia, asa de

polipectomía, canulación del stent con catéter balón o el extractor tipo Soehendra. La migración distal de los stents biliares es una complicación subestimada. El seguimiento estrecho es mandatorio de cara a su retirada y evitar complicaciones añadidas, pudiendo manejarlas estas mediante abordajes endoscópicos o mínimamente invasivos.