



P-171 - MIGRACIÓN DE *STENT* DUODENAL PALIATIVO. UNA COMPLICACIÓN RARA

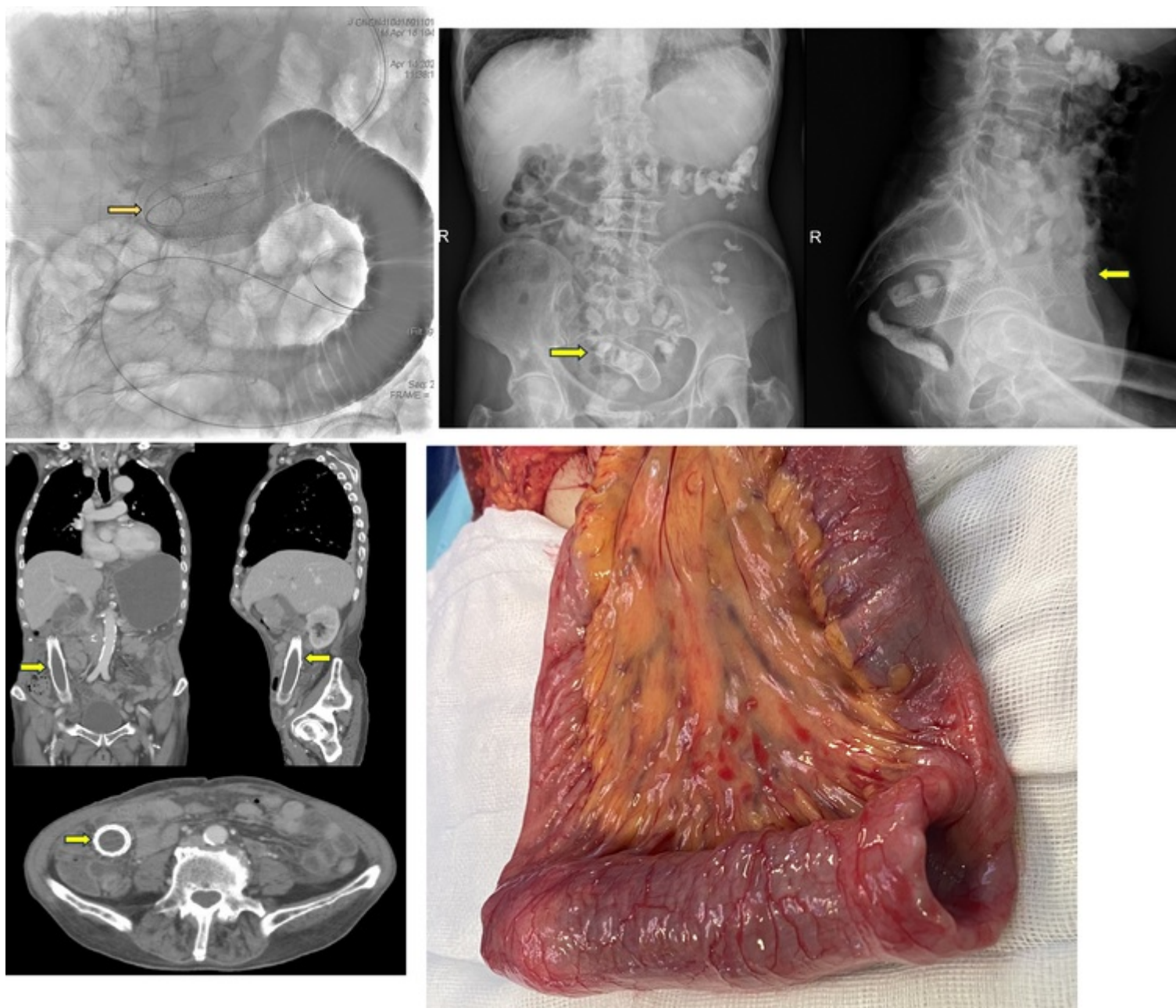
Díaz Candelas, Daniel Alejandro; Gemio del Rey, Ignacio Antonio; García Gil, José Manuel; Gorini, Ludovica; Arellano González, Rodrigo; Sun, Wenzhong; García Frigal, Jaime; de La Plaza Llamas, Roberto

Hospital Universitario, Guadalajara.

Resumen

Introducción: La colocación endoscópica de *stent* metálico autoexpandible (SMA) se ha convertido en una alternativa atractiva a la gastroyeyunostomía quirúrgica para el tratamiento paliativo en pacientes con obstrucción maligna de la salida gástrica. La mayoría de los estudios revelan altas tasas de éxito técnico y clínico, sin embargo, no está exenta de complicaciones. Presentamos un caso de migración de SMA y su resolución.

Caso clínico: Se trata de varón de 82 años con antecedente de laparotomía media supraumbilical por cirugía de úlcera gástrica hace 40 años, con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico antro pilórico localmente avanzado obstructivo cT3N2M0 con desnutrición proteico-calórica por intolerancia oral y mala tolerancia a SNY, con fragilidad (Clinical Frailty Scale: 7) y morbilidad (Charlson Comorbidity Index: 9 por edad, EPOC, DM, demencia y tumor sólido) elevados, es valorado en comité multidisciplinar y se decide tratamiento paliativo con colocación de SMA. Con colaboración del servicio de radiología intervencionista y endoscopia se colocan sendos *stents* duodenales no recubiertos y telescopados de 22 × 60 mm y 22 × 120 mm Boston Scientific® (fig. 1), sin complicaciones del procedimiento. Presenta buena tolerancia oral inicial los primeros 7 días, posteriormente intolerancia progresiva. 12 días después se realiza radiografía simple de abdomen visualizando prótesis migrada a nivel pélvico sin datos de obstrucción intestinal (fig. 2). Se presenta nuevamente en comité, decidiéndose tratamiento quirúrgico previa optimización nutricional con nutrición parenteral total. Se realiza TAC abdominal control identificando prótesis migrada y progresada en flanco y fosa ilíaca derecha sin datos de perforación ni obstrucción (fig. 3). Se realiza abordaje laparoscópico teniendo que convertir la cirugía por adherencias de cirugía previa. Se localiza las endoprótesis a 1 mm de la válvula ileocecal sin esta producir obstrucción ni perforación intestinal (fig. 4). Se realiza enterotomía proximal a la prótesis y extracción de la misma. Se constata tumoración antro pilórica con invasión al porta hepatis y se realiza gastroenteroanastomosis isoperistáltica antecólica en cara posterior gástrica. El paciente presenta buena evolución inicial, pero al cuarto día posoperatorio presenta desaturación súbita con empeoramiento del estado general y progresión rápida hasta el fallecimiento.



Discusión: Los SMA tienen muchas ventajas en comparación con la gastroyeyunostomía quirúrgica, incluida mejor nutrición oral con menor coste, morbilidad y estancia hospitalaria. A pesar de estas ventajas, se asocian con una tasa general de complicaciones del 17%, incluida la migración, la perforación, las fístulas entéricas-biliares, la reobstrucción debido al crecimiento tumoral y la fractura del *stent*. Aunque la incidencia de migración (0-11%) de los SMA es rara, cuando ocurre, puede causar una morbilidad significativa.