



MIGRACIÓN PROXIMAL DE PRÓTESIS DEL COLÉDOCO DISTAL AL CONDUCTO HEPÁTICO IZQUIERDO

Sr. Director: La colocación de endoprótesis biliares por vía endoscópica es una técnica cada vez más utilizada en la práctica clínica habitual. Su indicación principal es la estenosis benigna o maligna de la vía biliar. En la estenosis maligna ha demostrado tener un beneficio mayor que el drenaje quirúrgico y la colocación de prótesis por vía percutánea, además de una morbilidad menor¹. Las estenosis de la vía biliar se dividen en distales y proximales. Estas últimas presentan una dificultad mayor en su manejo, y es necesaria a veces la colocación de 2 o más prótesis por estar afectado el hilio hepático, junto con un abordaje conjunto por parte de radiólogos y endoscopistas. A pesar de todo, la colocación de endoprótesis por vía endoscópica es útil en las estenosis proximales de la vía biliar hasta en el 70-97% de los casos². Existen fundamentalmente 2 tipos de prótesis: metálicas y plásticas. No hay diferencias en cuanto a la tasa de supervivencia³, pero sí respecto a sus indicaciones, ya que las metálicas se reservan para situaciones en las que se prevé un tratamiento paliativo durante largo tiempo, puesto que no son renovables.

Las principales complicaciones derivadas de esta técnica son de tres tipos: *a)* sépticas, como consecuencia de un drenaje inadecuado de la vía biliar; *b)* oclusión de las prótesis, que en el caso de las plásticas se podría evitar mediante recambios cada cierto tiempo (la mayoría de los autores recomiendan 3-6 meses), y *c)* migración de las prótesis. Se presenta un caso de migración proximal de prótesis del colédoco distal al conducto hepático izquierdo.

Mujer de 76 años de edad, con antecedentes personales de colecistectomía 30 años antes y de esfinterotomía endoscópica hace 10, por coledocolitiasis. Ingresa en nuestro servicio por presentar colestasis. Los datos analíticos más relevantes son: bilirrubina total 3 mg/dl (0-1,1), GGTP 892 U/l (8-61), fosfatasa alcalina 530 U/l (40-129), GOT 94 U/l (6-38) y GPT 62 U/l (6-41). Se realizan ecografía abdominal y colangio-RM que ponen de manifiesto la presencia de dilatación de las vías biliares y estenosis de la coledocoduodenostomía previa. Ante estos hallazgos, se coloca una prótesis biliar y se realiza drenaje interno-externo. Esta técnica se lleva a cabo en colaboración con el radiólogo intervencionista. En primer lugar, por vía transparietal-hepática se introduce una guía metálica hasta la ampolla de Vater. El endoscopista por vía duodenal sitúa una prótesis de plástico de 10 F y 7 cm, comprobando al terminar el buen anclaje de la misma (fig. 1). Tres días después del procedimiento la paciente refiere dolor abdominal y náuseas, por lo que se solicita nueva ecografía abdominal que demuestra que la prótesis está en el conducto hepático izquierdo. El intento de extracción mediante CPRE resulta infructuoso, por lo que finalmente la prótesis se recupera por vía transparietal-hepática (fig. 2).

Se han descrito diversos factores de riesgo que influyen en la migración de las prótesis biliares⁴. La migración en dirección proximal se ve favorecida por la existencia de estenosis malignas o iatrogénicas y por la utilización de prótesis de diámetro amplio o prótesis cortas. No se ha encontrado relación estadística entre la esfinterotomía previa y la posibilidad de migración⁵. Se han publicado casos de complicaciones derivadas de la migración de prótesis; los más habituales son fístulas y per-

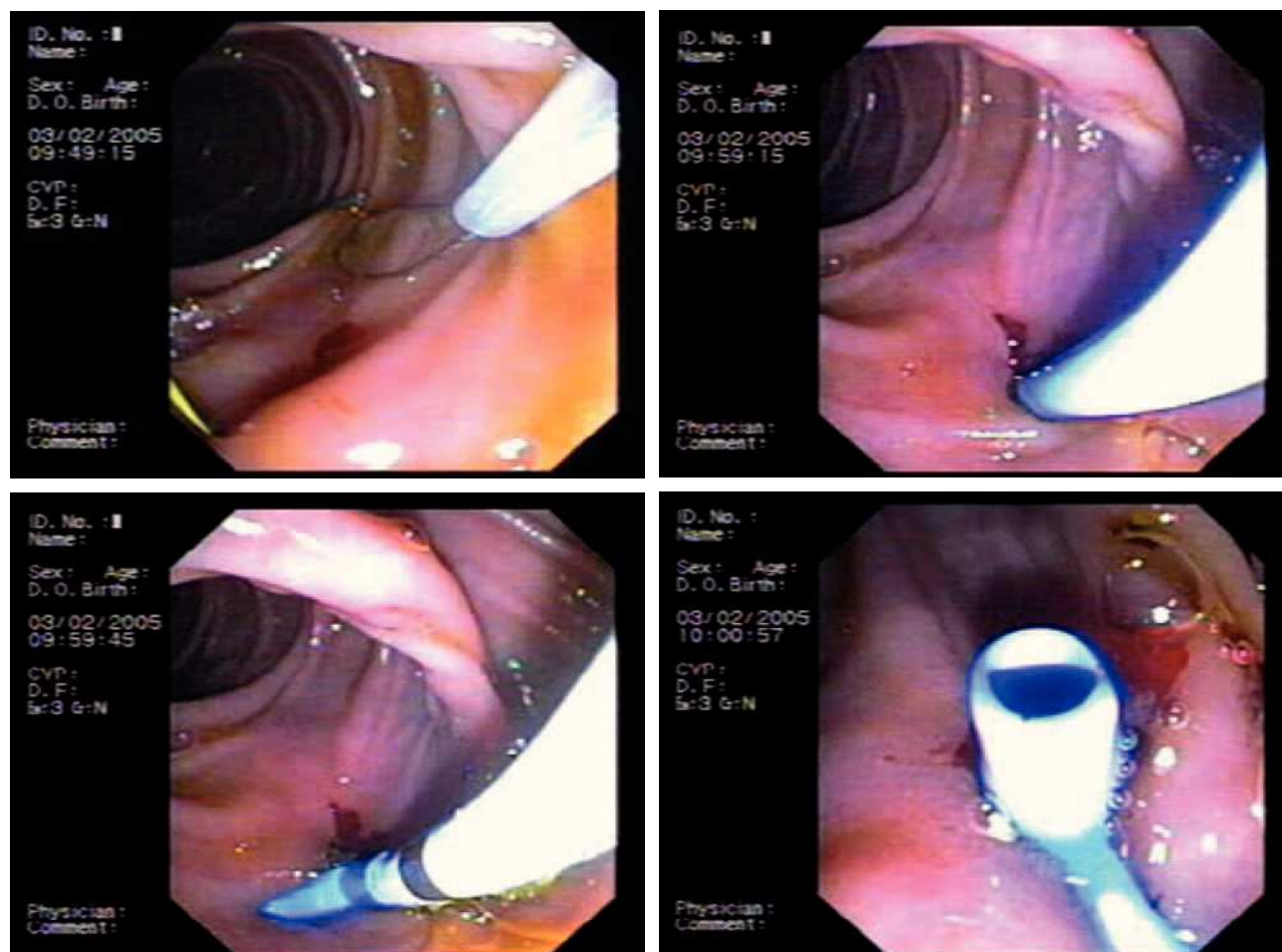


Fig. 1. Colocación de endoprótesis biliar por aproximación conjunta transparietal-hepática y duodenal.

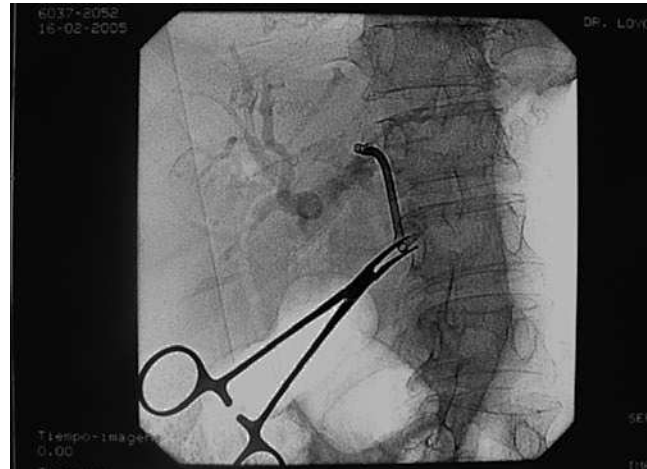


Fig. 2. Extracción de prótesis migrada a conducto hepático izquierdo.

foraciones, que han dado lugar a casos peculiares, como neumatisis gástrica⁶, bilioma retroperitoneal⁷ o fascitis necrosante⁸. Para evitar esas complicaciones, la mayoría de los autores recomienda la extracción de la prótesis migrada en el momento de su hallazgo, ya sea mediante técnica endoscópica, percutánea o mixta. La necesidad del abordaje quirúrgico es cada vez menor y está reservada a las situaciones en que fracasan las técnicas anteriores.

En conclusión, la colocación de prótesis por vía endoscópica se ha convertido en una alternativa terapéutica en pacientes con estenosis de la vía biliar, ya que reduce la colestasis, mejora la calidad de vida y conlleva un riesgo no elevado de complicaciones.

EVA ZAPATA MORCILLO^a, ÁNGEL COSME JIMÉNEZ^a,
JOSÉ ALBERTO ARRIOLA MANCHOLA^a,
FRANCISCO LOYOLA ECHANIZ^b, FERNANDO MÚGICA
AGUINAGA^a Y EVELIA OJEDA PÉREZ^c

^aServicio de Aparato Digestivo. Hospital Donostia. España. ^bServicio de Radiología. Hospital Donostia. España. ^cServicio de Medicina Interna. Hospital Donostia. Donostia. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prat F, Chapat O, Ducot B, Ponchon T, Fritsch J, Choury AD, et al. Predictive factors for survival of patients with inoperable malignant distal biliary strictures: a practical management guideline. *Gut*. 1998;42:76-80.
2. De Palma GD, Pezzullo A, Rega M, Persico M, Patrone F, Mastantuono L, et al. Unilateral placement of metallic stents for malignant hilar obstruction: a prospective study. *Gastrointest Endosc*. 2003;58:50-3.
3. Levy MJ, Baron TH, Gostout CJ, Petersen BT, Farnell MB. Palliation of malignant extrahepatic biliary obstruction with plastic versus expandable metal stents: An evidence-based approach. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2004;2:273-85.
4. Johanson JF, Schmalz MJ, Geenen JE. Incidence and risk factors for biliary and pancreatic stent migration. *Gastrointest Endosc*. 1992;38:341-6.
5. Guitron A, Adalid R, Barinagarrementeria R, Gutiérrez-Bermúdez JA, Martínez-Burciaga J. Incidence and relation of endoscopic sphincterotomy to the proximal migration of biliary prostheses. *Rev Gastroenterol Mex*. 2000;65:159-62.
6. Lowe GM, Bernfield JB, Smith CS, Matalon TA. Gastric pneumatosis: sign of biliary stent-related perforation. *Radiology*. 1990;174:1037-8.
7. Bui BT, Oliva VL, Ghattas G, Daloze P, Bourdon F, Carignan L. Percutaneous removal of a biliary stent after acute spontaneous duodenal perforation. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 1995;18: 200-2.
8. Marsman JW, Hoedemaker HP. Necrotizing fasciitis: fatal complication of migrated biliary stent. *Australas Radiol*. 1996;40: 80-3.



IMPORTANCIA DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA MICROHAMARTOMATOSIS BILIAR MÚLTIPLE (COMPLEJOS DE VON MEYENBURG)

Sr. Director: La microhamartomatosis biliar múltiple (MBM) o complejos de Von Meyenburg es una malformación biliar originada a partir de la placa ductal, habitualmente de comportamiento benigno¹. Aunque suele ser un hallazgo incidental, su importancia radica en poder identificarla y no confundirla con una posible enfermedad metastásica hepática, fundamentalmente en pacientes con neoplasia primaria conocida a los que se realiza una técnica de imagen durante el estudio de extensión. Queremos resaltar la importancia de la resonancia magnética (RM) para establecer un diagnóstico no invasivo de esta entidad.

Mujer de 72 años de edad, con antecedentes de hipercolesterolemia y cardiopatía valvular reumática, con insuficiencia aórtica grave y mitral leve, que desde hace 2 meses tiene episodios de dolor abdominal difuso junto con distensión abdominal y dificultad para la expulsión de gas por el recto, sin vómitos ni síndrome general asociados. Ha recibido tratamiento con procinéticos, con mejoría parcial. En la exploración física se aprecia un soplo diastólico III/IV en foco aórtico, un soplo sistólico en foco mitral II/IV y una masa móvil de unos 4-5 cm en vacío derecho. Los exámenes de laboratorio no muestran alteraciones, salvo un antígeno carcinoembrionario (CEA) de 13,58 g/l. Se realizó una colonoscopia, advirtiéndose en el ciego la presencia de un gran pólipo vellosa de base amplia y aspecto degenerado, que se introducía por la válvula ileocecal ocasionando episodios suboclusivos. La biopsia fue compatible con adenocarcinoma mucosecretor coloide bien diferenciado. En la ecografía abdominal y en la tomografía computarizada (TC) abdominal se observaron múltiples lesiones redondeadas milimétricas, algunas con aspecto quístico, compatibles en primer lugar con metástasis hepáticas. Para completar el estudio se realizó una colangiografía magnética (CRM) hepática que detectó múltiples lesiones quísticas de diferentes tamaños, pero menores de 10 mm, distribuidas por todo el parénquima hepático, sin comunicación con la vía biliar, compatibles con hamartomas biliares o complejos de von Meyenburg. Se practicó una hemicolectomía derecha y una biopsia hepática intraoperatoria que confirmaron la presencia de múltiples microhamartomas biliares, algunos de ellos con dilataciones quísticas. La estadificación de la enfermedad neoplásica fue grado B de Dukes.

La MBM es una malformación biliar benigna, compuesta por múltiples estructuras biliares quísticas dilatadas rodeadas por una estroma fibrosa. Debido a su escasa casuística, en ocasiones no se diagnostica con las técnicas de imagen habituales. Así, en la ecografía abdominal, el hígado suele tener una estructura heterogénea, apreciándose múltiples lesiones milimétricas hipoeoicas e hiperecoicas con los típicos ecos «en cola de cometa»². En la TC, las lesiones son hipodensas, sin presentar un realce

periférico o central tras la administración de contraste³. Últimamente cobra cada vez más importancia la CRM para el diagnóstico de la MBM. En la RM las lesiones muestran unas características especiales que permiten distinguirlas de otras lesiones quísticas, como es su contorno irregular, su pequeño tamaño y multiplicidad, y que se presentan como hipointensas en T1 e hiperintensas en T2, sin apreciarse comunicación con los conductos biliares en la CRM⁴. En nuestro caso, la CRM fue decisiva para establecer el diagnóstico no invasivo de esta entidad benigna y así mantener la neoplasia colónica en estadio locorregional, susceptible de tratamiento quirúrgico.

MARTA ÁLVAREZ POSADILLA^a, PEDRO LINARES TORRES^a,
FRANCISCO JORQUERA PLAZA^a,
RAQUEL RUEDA CASTAÑÓN^b, TOMÁS GONZÁLEZ
DE FRANCISCO^c Y JOSE LUIS OLCOZ GOÑI^a

^aServicio de Aparato Digestivo. Hospital de León. ^bServicio de Radiología. Hospital de León. ^cServicio de Cirugía General. Hospital de León. León, España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thommesen N. Biliary hamartomas (von Meyenburg complexes) in liver needle biopsies. *Acta Pathol Microbiol Scand* [A]. 1978; 86:93-9.
2. Luo TY, Itai Y, Eguchi N, et al. Von Meyenburg complexes of the liver: imaging findings. *J Comput Assist Tomogr*. 1998;22: 372-8.
3. Gallego JC, Suárez I, Soler R. Multiple bile duct hamartomas: US, CT, and MR findings. A case report. *Acta Radiol*. 1995;36: 273-5.
4. Zheng RQ, Zhang B, Kudo M, Onda H, Inoue T. Imaging findings of biliary hamartomas. *World J Gastroenterol*. 2005;11: 6354-9.



Localizador web
Artículo 148.770

INVAGINACIÓN ILEOCÓLICA POR UN PÓLIPO FIBROIDE INFLAMATORIO EN UN PACIENTE SENIL. DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO

Sr. Director: La invaginación intestinal consiste en la introducción de un segmento de intestino en el segmento inmediatamente distal. Si bien es la causa más frecuente de obstrucción intestinal en niños, en el adulto es una entidad rara (un 5% del total), y es secundaria en la mayoría de los casos (90%) a una lesión orgánica intraluminal¹, de origen inflamatorio o, lo que es más frecuente, tumoral, ya sea benigna o maligna.

La presentación clínica es variable e inespecífica, el diagnóstico preoperatorio es difícil y sólo ocasionalmente se lleva a cabo mediante endoscopia.

Los pólipos fibroides inflamatorios son lesiones submucosas, muy infrecuentes, localizadas en el tracto digestivo, cuyo diagnóstico sólo puede realizarse tras un estudio macroscópico y microscópico de la pieza quirúrgica².

Presentamos un caso de invaginación ileocólica en un paciente senil, secundaria a un pólipo fibroide inflamatorio de íleon terminal, diagnosticada mediante una colonoscopia.

Varón de 84 años de edad, que consultó por episodios recurrentes de dolor abdominal tipo cólico en el hemiabdomen derecho de una semana de evolución y en los últimos 3 días deposiciones sanguinolentas. En la exploración física destacaba la existencia de febrícula, palidez mucocutánea y dolor a la palpación en FID. El estudio analítico mostró una discreta leucocitosis y anemia ferropénica con Hb de 9,8 g/dl.

Se practicó una colonoscopia, que puso de manifiesto una gran masa alargada de 10-15 cm de longitud en el colon derecho, que ocupaba casi toda la luz, con mucosa de aspecto congestivo, de donde se tomaron biopsias que fueron informadas como fragmentos de mucosa de intestino delgado con edema, fibrosis e inflamación crónica de la lámina propia. En su extremo proximal, asentaba una formación polipoide ulcerada de unos 4 cm de diámetro, de la que se obtuvieron igualmente biopsias para estudio histológico con resultado de material necrótico y hemorrágico, insuficiente para diagnóstico.

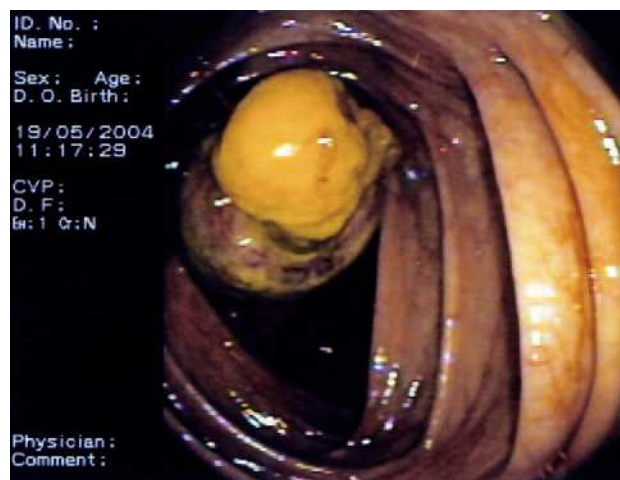


Fig. 1. Colonoscopia: invaginación del íleon causada por un pólipo fibroide inflamatorio.

Al progresar hacia el ciego, se comprueba que se trata de un segmento de íleon terminal que emerge a través de válvula ileocecal (fig. 1), lo que indica el diagnóstico de intususcepción ileocólica. El paciente fue intervenido quirúrgicamente, confirmándose la invaginación intestinal causada por un pólipo pediculado de 3,5 cm situado a 12 cm de válvula ileocecal, con datos de isquemia en la pared del segmento ileal invaginado y en la superficie del pólipo. Se realizó resección intestinal (íleocectomía) con anastomosis terminolateral. La histología de la tumoración correspondió a un pólipo fibroide inflamatorio. Tras la intervención el paciente presentó una evolución satisfactoria, manteniéndose asintomático tras un seguimiento de 12 meses.

La invaginación intestinal en el adulto es una entidad inusual, predominante en varones entre la quinta y séptima décadas de la vida¹. A diferencia de la invaginación de los niños, casi siempre idiopática, la del adulto tiene una causa demostrable en la mayoría de los casos; son los tumores la etiología más frecuente; predominan los procesos malignos³ y, en menor medida, los tumores benignos que, al prolapsarse con los movimientos peristálticos, actuarían como cabeza de invaginación. Excepcionalmente, es secundaria a pólipo fibroide inflamatorio⁴, formación sésil o pediculada que asienta en la submucosa del tracto gastrointestinal, constituida por células fusiformes, tejido fibroso y vasos sanguíneos, considerado como un pseudotumor del tubo digestivo².

La presentación clínica en el adulto es variable e inespecífica. En general, no existe una obstrucción aguda como en los niños, sino una sintomatología crónica que puede indicar una obstrucción parcial e intermitente. En ocasiones, hay anemia por pérdidas crónicas de sangre, pero rara vez se manifiesta por hematoquecia, como en el presente caso⁵.

Por tanto, el diagnóstico preoperatorio es difícil y, con frecuencia, se diagnostica en el momento de la laparotomía exploradora³. Rara vez se realiza por endoscopia^{6,7}, ya que no es frecuente que ésta sea el método diagnóstico empleado en primer lugar. En nuestro paciente la clínica de dolor abdominal y hematoquecia aconsejaron el estudio endoscópico precoz que estableció la sospecha diagnóstica.

El tratamiento de las invaginaciones del adulto es la resección quirúrgica para establecer el diagnóstico anatomopatológico, ya que en la mayoría de casos existe una causa tumoral subyacente.

M. LUISA LEGAZ HUIDOBRO, AURORA DE PEDRO ESTEBAN,
PEDRO GONZÁLEZ CARRO, SUSANA SOTO FERNÁNDEZ
Y FRANCISCO PÉREZ ROLDÁN

Unidad de Aparato Digestivo. Servicio de Medicina Interna.
Complejo Hospitalario La Mancha-Centro. Alcázar de San Juan.
Ciudad Real. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez I, Miguel M, Ortiz H. Invaginación intestinal en el adulto. *Rev Med Universidad de Navarra*. 1988;32:39-42.
2. Acero D, Garijo G, Hombrados M, Figa M, Adrados M, Aldegue X, et al. Pólipo fibroide inflamatorio gastrointestinal. Características clínicas y seguimiento de una serie de 26 pacientes. *Gastroenterol Hepatol*. 2005;28:215-20.

- Begos DG, Sandor A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg.* 1997;173:88-94.
- Tomás M, Martín A, Soto S, Castellón C, Pérez-Campos A, Casis B, et al. Invaginación intestinal secundaria a pólipo fibroide inflamatorio. *Rev Esp Enferm Dig.* 1998;90:464-5.
- Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg.* 1997;226:134-8.
- Kimura H, Yabushita K, Tsuneda A, Tazawa K, Inoue T, Earashi M, et al. Adult colorectal invagination associated with colonic cancer and established by fiberoscopy of the sigmoid colon. *Endoscopy.* 1996;28:636.
- González JF, Baki W, Nisa E, Cantero R, Velasco M, Ramírez JA. Diagnóstico endoscópico de una intususcepción ileocólica en un adulto. *Rev Esp Enferm Dig.* 1998;90:305-6.



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA COMO PRESENTACIÓN DE UN CARCINOMA ACINAR PANCREÁTICO

Sr. Director: El carcinoma pancreático de células acinares es una rara neoplasia, y es excepcional su presentación en forma de hemorragia digestiva. Presentamos el caso de una paciente con hemorragia digestiva secundaria a ulceración de un carcinoma acinar pancreático con invasión duodenal.

Mujer de 70 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial y en tratamiento con enalapril. Acude a urgencias por epigastralgia de una semana de evolución, pirosis y vómitos alimentario-biliosos persistentes sin síndrome constitucional asociado. Las últimas horas refería 2 vómitos en posos de café y deposiciones melénicas. Al ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, y la exploración física fue irrelevante. Análíticamente presentaba hemoglobina de 12,6 g/l, 5.600 leucocitos/ml, 190.000 plaquetas/ml, fibrinógeno de 589 mg/dl, urea de 73 mg/dl, creatinina de 1 mg/dl, LDH de 482 U/l y amilasa pancreática de 85 U/l, con función hepática normal. Tras la colocación de una sonda nasogástrica por dilatación gástrica, se realizó una endoscopia oral que mostró un coágulo en la segunda porción duodenal sobre una lesión proliferativa ulcerada que estenosaba la luz, sugestiva de neoplasia. Como consecuencia de estos hallazgos se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal, en la que se observó una lesión en segunda porción duodenal de morfología polipoidea que ocupaba prácticamente toda la luz duodenal, con dilatación proximal gástrica sin afección metastásica. También se realizó un estudio baritado esofagoduodenal en el que no se apreció el paso de contraste desde el bulbo duodenal al asa. La biopsia fue compatible tanto con un páncreas aberrante ulcerado como con un foco de invasión por un carcinoma de tipo acinar pancreático. La paciente fue intervenida quirúrgicamente, realizándose una duodenopancreatectomía céflica y una antrectomía. El análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica dio como resultado una tumoración en la superficie duodenal blanco-amarillenta que rechazaba la ampolla de Vater, observándose histológicamente una proliferación de células epiteliales con patrón de crecimiento acinar, luces glandulares de pequeño tamaño rodeadas por células con citoplasma eosinófilo granular y núcleo basal redondo, que presentaban cromatina granular y frecuentes figuras de mitosis. Se apreciaban nidos tumorales en la pared del colédoco con afección extrínseca de la pared duodenal, alcanzando la mucosa y ulcerándola extensamente, junto con permeación vascular, linfática y perineural. El perfil inmunohistoquímico fue positivo para glucagón y pancitoqueratina y negativo para cromogranina, sinaptosina y enolasa. Los bordes quirúrgicos estaban libres de neoplasia. Tras la cirugía, la paciente evolucionó favorablemente, encontrándose a los 5 meses sin signos de recidiva tumoral.

El carcinoma pancreático de células acinares representa el 1-2% de todos los tumores pancreáticos, predominando en el sexo masculino, en la sexta década de la vida y sin relación con ningún carcinógeno am-



Fig. 1. Pieza de resección quirúrgica.

biental¹. Suele localizarse en la cola del páncreas. Macroscópicamente, es lobulado, de consistencia blanda, amarillento y con evidentes zonas de necrosis y hemorragia. Microscópicamente, se caracteriza por la presencia de estructuras acinares junto con la disposición basal del núcleo y citoplasma eosinófilo. El patrón inmunohistoquímico suele ser positivo para alguna de las enzimas pancreáticas exocrinas, como tripsina, lipasa, quimotripsina y fosfolipasa A₂; el hallazgo de glucagón, como en el presente caso, es muy poco frecuente. La clínica es bastante inespecífica, y cursa con síndrome constitucional, dolor abdominal, náuseas y vómitos, ictericia, melenas, diarrea, fiebre o anemia. Al diagnóstico hay presencia de metástasis en el 50% de los pacientes, la mayoría en los ganglios regionales y hepáticos. Ocasionalmente, la liberación de lipasa por parte del tumor produce un cuadro de poliartralgias y necrosis de la grasa subcutánea junto con eosinofilia^{2,3}, y la supervivencia en estas circunstancias es menor. El tratamiento es quirúrgico en pacientes con enfermedad localizada, y es de elección la duodenopancreatectomía céflica de Whipple. La quimioterapia y radioterapia no son de utilidad en este tipo de tumor, a pesar de algunos casos anecdóticos de respuesta y disminución de la recurrencia intraperitoneal^{4,5}.

ANTONIO DÍAZ SÁNCHEZ, ÁNGEL PONFERRADA DÍAZ,
MARÍA SENOSIAIN LABIANO Y ALAIN HUERTA MADRIGAL
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital General Universitario Gregorio
Marañón. Madrid. España.

BIBLIOGRAFÍA

- Klimstra DS, Heffess CS, Oertel JE, Rosai J. Acinar cell carcinoma of the pancreas: a clinicopathologic study of 28 cases. *Am J Surg Pathol.* 1992;16:815-37.
- Burns WA, Matthews MJ, Hamosh M, Weide GV, Blum R, Johnson FB. Lipase-secreting acinar cell carcinoma of the pancreas with polyarthropathy. A light and electron microscopic, histochemical, and biochemical study. *Cancer.* 1974;33:1002-9.
- Fujino Y, Kuroda Y, Miyazaki N, Takenaka A, Yao C, Fujimori T, et al. A case of lipase-secreting acinar cell carcinoma with subcutaneous fat necrosis. *Jpn J Gastroenterol.* 1991;88:2714-18.
- Chen C, Chao Y, Li C, Lee R, Tray S, Chi K, et al. Concurrent chemoradiation is effective in the treatment of alpha-fetoprotein-producing acinar cell carcinoma of the pancreas: report of a case. *Pancreas.* 2001;22:326-9.
- Kobayashi S, Ishikawa O, Ohigashi H, Yamada T, Sasaki Y, Imaoka S, et al. Acinar cell carcinoma of the pancreas successfully treated by en bloc resection and intraperitoneal chemotherapy for peritoneal relapse: a case report of a 15-year survivor. *Pancreas.* 2001;23:109-12.