



SCIENTIFIC LETTERS

Pancreatitis and cholangitis following intraductal migration of a metal clip 5 years after laparoscopic cholecystectomy



Pancreatitis y colangitis secundaria a la migración intraductal de un clip de metal 5 años después de una colecistectomía laparoscópica

A 58-year-old male was admitted at our hospital for severe epigastric pain, nausea and vomiting. On physical examination patient was sweaty, restless and with marked tenderness in the epigastrium. Five years earlier he had gone through an uneventful laparoscopic cholecystectomy (LC) for cholelithiasis. Initial laboratory blood test were as follows: WBC: $11.6 \times 10^9/L$; ALT: 1124 IU/L; AST: 1042 IU/L; ALP: 149 IU/L; TB: 3.6 mg/dL; Amylase: 3793 U/L; and CRP: 3 mg/L. The initial imaging exams did not show abnormalities (chest and abdominal X-ray; abdominal ultrasound). There was a clinical deterioration in the first 48 h with the development of fever, hemodynamic instability, increasing inflammatory parameters (WBC: $15.6 \times 10^9/L$; CRP:

96 mg/L) and augmented TB (7.5 mg/dL). Given the suspicion of a concomitant acute cholangitis, patient started antibiotics and an abdomen computed tomography (CT) scan (Fig. 1) was performed, revealing discreet extrahepatic ductal dilatation secondary to occluding hyperdense material in the lower common bile duct and features compatible with acute pancreatitis. The radiological characteristics of the foreign body were consistent with a metal endo-clip used in the previous LC. The patient underwent and emergent endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) with sphincterotomy and immediate removal of the migrated clip (Fig. 2). The posterior bile duct exploration was negative for lithiasis. This resulted in a hasty clinical and laboratorial improvement. Metal endoclips migrations after LC are a rare and unpredictable event with an unclear pathophysiological mechanism. In literature there are reports of endoclip migration into the common bile duct leading to stone formation, obstruction, cholangitis, stenosis and pancreatitis.¹ In the absence of guidelines, from literature reports and our own experience, we consider that an ERCP should be deliberated as the first approach, since almost all cases are solved with sphincterotomy and surgery should be reserved to the unsuccessful procedures.^{1–5} Nevertheless, a previous multidisciplinary discussion with surgeons should be performed when managing this type of pathology.



Figure 1 CT scan demonstrating a surgical clip in the common bile duct.

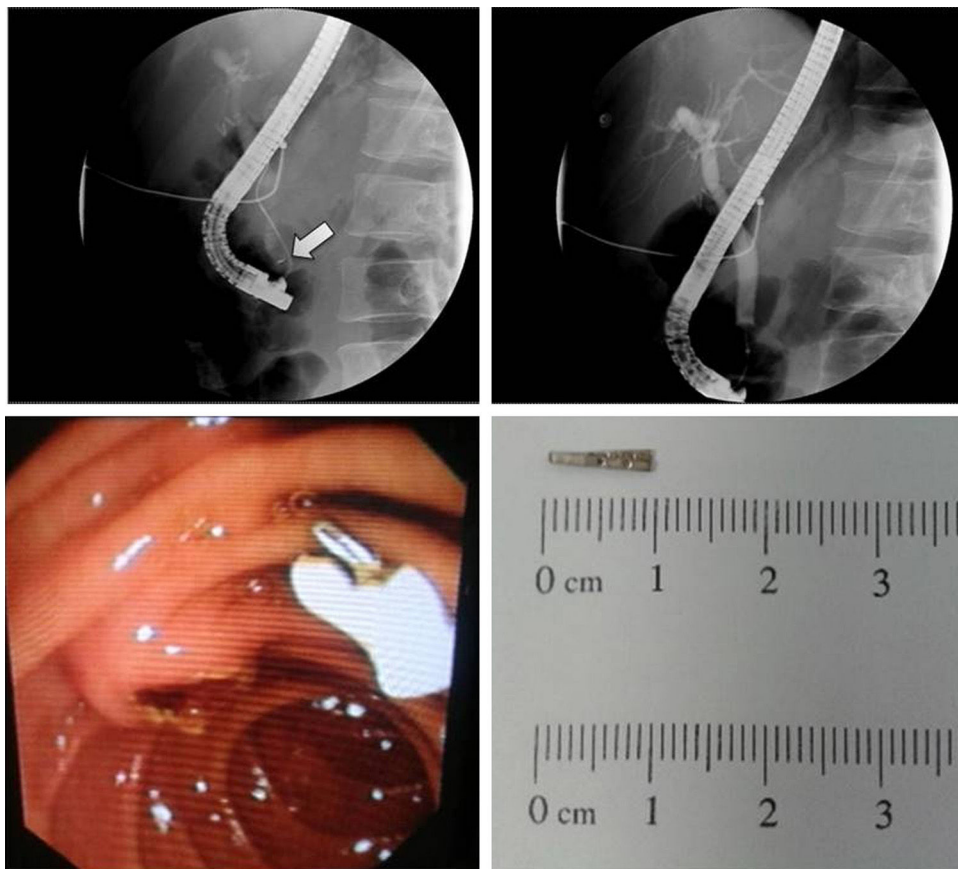


Figure 2 ERCP showing ductal dilatation secondary to an occluding surgical clip.

References

1. Chong VH, Chong CF. Biliary complications secondary to post-cholecystectomy clip migration: a review of 69 cases. *J Gastrointest Surg.* 2010;14:688–96.
2. Ghavidel A. Migration of clips after laparoscopic cholecystectomy: a case report and literature review. *Middle East J Dig Dis.* 2015;7:45–9.
3. Cookson NE, Mirnezami R, Ziprin P. Acute cholangitis following intraductal migration of surgical clips 10 years after laparoscopic cholecystectomy. *Case Rep Gastrointest Med.* 2015;2015:504295, <http://dx.doi.org/10.1155/2015/504295> [Epub 2015 March 22].
4. Oh HJ, Jung HJ, Chai JI, Choi WY, Kim KM, Kim JH, et al. A case of common bile duct stone developed due to a surgical clip as a nidus: an experience of successful management by endoscopy. *Korean J Gastroenterol.* 2003;42:351–3.
5. Dolay K, Alis H, Sylu A, Altaca G, Aygun E. Migrated endoclip and stone formation after cholecystectomy: a new danger of acute pancreatitis. *World J Gastroenterol.* 2007;13:6446–8.

Artur Gião Antunes*, Bruno Peixe, Horácio Guerreiro

Gastroenterology Departament, Centro Hospitalar do Algarve, EPE, Portugal

*Corresponding author.

E-mail address: sergiogiao@hotmail.com (A.G. Antunes).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.08.007>
0210-5705/

© 2016 Elsevier España, S.L.U., AEEH y AEG. All rights reserved.

Leiomoma hepático primario: una rara causa de tumoración hepática



Primary hepatic leiomyoma: A rare liver mass

Mujer de 34 años con tumoración hepática, hallada durante el estudio de un dolor abdominal inespecífico. Antecedente de toma de anticonceptivos orales y exploración física, sin masa abdominal palpable. En la ecografía abdominal se visualiza una masa sólida vascularizada, sin calcificaciones, de 85 mm en el segmento IV del lóbulo hepático izquierdo. Se completa el estudio con una resonancia magnética nuclear (RMN), visualizando dicha lesión de contornos bien definidos, encapsulada, con señal homogénea en T1 e hipointensa en T2 y T2-STIR, destacando algún pequeño foco de mayor intensidad en su interior en T2 (fig. 1). Tras la inyección del contraste existe un llenado en las fases iniciales y tardías de la tumoración, siendo este comportamiento sugestivo de adenoma hepático. La analítica sanguínea, incluyendo perfil hepático y marcadores tumorales (AFP, CEA y CA 19.9), es normal. Debido a la sospecha diagnóstica de adenoma hepático, y el gran tamaño de la tumoración, se decide intervenir quirúrgicamente, sin realizar biopsia previa dado el riesgo de hemorragia. Realizamos una incisión subcostal derecha ampliada, encontrando una tumoración de 10 cm de diámetro en el segmento IVb hepático, con un 70% de su superficie libre. Se realiza resección de la tumoración y colecistectomía. El estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico de neoplasia de músculo liso, con índice mitótico inferior a una mitosis/10 campos. El análisis inmunohistoquímico confirma una positividad para el Ki-67 inferior al 1% y una positividad nuclear para receptores de estrógeno y progesterona (fig. 2). Tras el resultado histológico, se realizan una ecografía pélvica y una tomografía axial computarizada (TAC) abdominal, para descartar la presencia de miomas uterinos y de tumor estromal gastrointestinal (GIST), respectivamente.

El leiomoma es una neoplasia benigna de músculo liso de origen mesenquimal, con potencial maligno, que habitualmente se produce en el sistema genitourinario y en el tracto gastrointestinal^{1,2}. Sin embargo, pueden originarse

de la *muscularis mucosae* del tracto gastrointestinal o de la túnica media de los vasos sanguíneos, por lo que pueden producirse en cualquier órgano o tejido del cuerpo humano³. Los leiomomas hepáticos primarios (LHP) son tumores raros, con predilección por el sexo femenino, que se han descrito tanto en población pediátrica como adulta¹. Hay descritos únicamente 36 casos en la literatura científica. La etiología no está clara, aunque se ha descrito la inmunosupresión como factor causal, siendo una posible explicación la susceptibilidad de estos pacientes a nuevas neoplasias por la alteración del sistema inmune del huésped con el posterior desarrollo de tumores². Sin embargo, la inmunosupresión sola no explica la patogénesis de estos tumores ya que también se presenta en pacientes inmunocompetentes, por lo que se considera que puede estar relacionada con el aumento de la infección por el virus de Epstein-Barr (VEB) según la teoría de la oncogénesis inducida por virus, ya que se ha descrito que el VEB puede estar implicado en la patogénesis de los tumores de músculo liso².

La presentación clínica de los LHP es similar a la presentación de otras neoplasias hepáticas. El síntoma más frecuente es el dolor abdominal, y menos frecuentemente



Figura 1 Imagen de RMN axial potenciada en T2. Lesión hipointensa, con áreas de hiperintensidad, bien delimitada en segmento IV, que comprime la vesícula biliar.