

Perforación colónica por migración de prótesis biliar

Colonic perforation due to biliary stent migration

Diosnel Acosta*, Arturo Adorno**, Luis Nicolás Núñez Bael***

Hospital Nacional De Itauguá, Servicio De Cirugía, Itauguá, Paraguay

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente masculino de 84 años con antecedentes de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y colocación de un stent biliar por pancoledocolitiasis hace dos años. El paciente consultó por un cuadro de 15 días de evolución con dolor en el hipocondrio derecho, fiebre de 38°C en dos ocasiones y una pérdida de peso de 6 kg aproximadamente. La evaluación reveló una perforación colónica secundaria a la migración de la prótesis biliar, una complicación inusual de la CPRE. Este caso subraya la importancia de un seguimiento cuidadoso en pacientes con stents biliares, incluso años después de la intervención, debido al riesgo de migraciones tardías y complicaciones graves, como la perforación de órganos adyacentes.

Palabras claves: CPRE, migración de stent biliar, perforación colónica, complicación tardía.

ABSTRACT

An 84-year-old male patient with a history of endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) and biliary stent placement for choledocholithiasis two years prior presented with a 15-day history of right upper quadrant abdominal pain, two episodes of fever reaching 38°C, and an unintentional weight loss of approximately 6 kg. Clinical evaluation revealed a colonic perforation secondary to migration of the biliary stent, an uncommon complication of ERCP. This case highlights the importance of careful long-term follow-up in patients with biliary stents, even years after the procedure, due to the risk of late migrations and severe complications such as perforation of adjacent organs.

Palabras claves: ERCP, biliary stent migration, colonic perforation, delayed complication.

INTRODUCCIÓN

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una herramienta diagnóstica y terapéutica ampliamente utilizada para patologías biliopancreáticas. Si bien sus complicaciones son infrecuentes, pueden ser graves. (1) (2)(3)

La migración de stents biliares, usualmente asintomática, pero que puede derivar en eventos severos como perforación intestinal. (4) (5)

Este trabajo describe un caso excepcional de perforación colónica por la migración tardía de un stent biliar, destacando el diagnóstico y el abordaje terapéutico.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 84 años, con antecedente de pancoledocolitiasis tratada dos años antes mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y colocación de un stent biliar plástico. Consultó por un cuadro de 15 días de evolución caracterizado por dolor punzante de intensidad moderada en hipocondrio derecho, con irradiación dorsal, asociado a episodios febriles de hasta 38 °C en dos ocasiones y pérdida ponderal de 6 kg en el último mes. Negó náuseas, vómitos, ictericia o dolor abdominal intenso.

Al ingreso, los estudios de laboratorio mostraron leucocitosis de 15.500/mm³ con 85% de neutrófilos y proteína C reactiva de 9,46 mg/dL, lo que sugería un proceso infeccioso. La hemoglobina fue de 14 g/dL y el hematocrito de 42%. El tiempo de protrombina fue del 66%. Las pruebas de función hepática se encontraban dentro de límites normales o discretamente elevadas: bilirrubina total 0,61 mg/dL, GOT 33 U/L, GPT 22 U/L y fosfatasa alcalina 109 U/L, sin evidencia de colestasis significativa. Los niveles de albúmina fueron de 4,5 g/dL y las proteínas totales de 7,1 g/dL. El análisis de orina no mostró alteraciones.

La radiografía simple de abdomen evidenció una imagen lineal, tubular y radiopaca, compatible con un stent biliar plástico, proyectada en el hipocondrio derecho por delante de la columna vertebral, en localización intraabdominal anómala, hallazgo sugestivo de migración del dispositivo desde la vía biliar. No se identificaron signos de neumoperitoneo y el patrón aéreo intestinal se encontraba conservado.(Fig.1)

*Jefe de servicio - Hospital Nacional De Itauguá - correo: diosenelacostab71@gmail.com

**Jefe de sala - Hospital Nacional De Itauguá - correo: adornart@gmail.com

***Residente de cirugía segundo año - Hospital Nacional De Itauguá - correo: luisninuba@gmail.com

Autor Correspondiente: Dr. Diosnel Acosta - correo: diosenelacostab71@gmail.com

Recibido: 18/04/2025 - Revisado: 12/05/2025 - Aceptado: 10/06/2025

Revisor: Carlos Arce Aranda MSP y BS

Editor: Eduardo González Milto Universidad Nacional de Asunción; San Lorenzo, Paraguay

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons

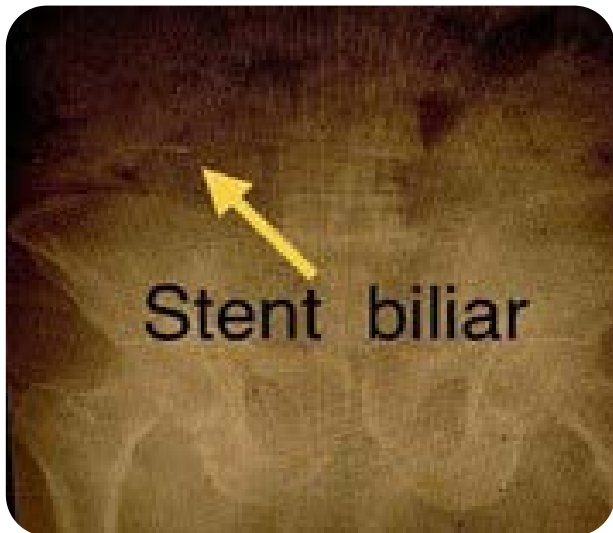


Figura 1. Imagen lineal, tubular y radiopaca

La ecografía abdominal mostró una imagen compatible con cuerpo extraño, en probable comunicación con un asa intestinal, así como una pequeña colección intrahepática relacionada con la punta del catéter y líquido libre laminar en el espacio de Morrison. También se observó un quiste renal parapélvico derecho, sin relevancia clínica.

La tomografía abdominal y pélvica con contraste confirmó un absceso en el segmento VI hepático e identificó un cuerpo extraño correspondiente al stent, que se extendía desde el absceso hacia la luz del colon, sugiriendo un trayecto fistuloso. Además, se evidenció aerobilia sin neumoperitoneo, lo que indicaba una perforación contenida. (Fig.2)



Figura 2. Cuerpo extraño correspondiente al stent, se extendía desde el absceso hacia la luz del colon

Durante la laparotomía exploradora se hallaron adherencias laxas entre el segmento VI hepático y el ángulo hepático del colon. Se constató la prótesis biliar incrustada en la cara visceral del segmento VI hepático, atravesando la pared colónica.(Fig.3)

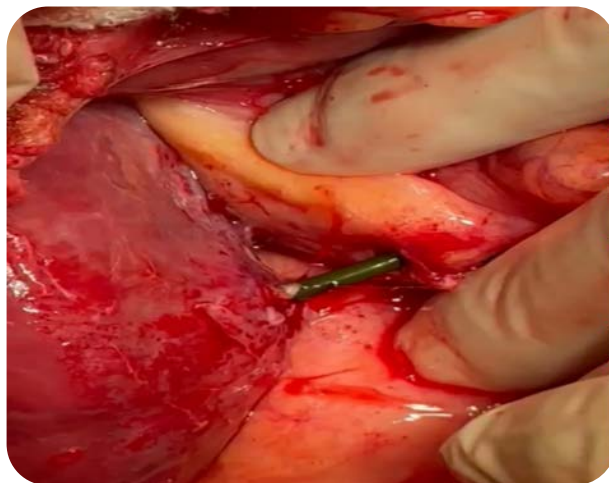


Figura 3. Prótesis biliar incrustada que se extendía desde el hígado hasta el colon, específicamente en el ángulo hepático

Al retirarla, se drenaron aproximadamente 30 cc de material purulento desde el hígado, confirmando la presencia de un absceso. (Fig.4)

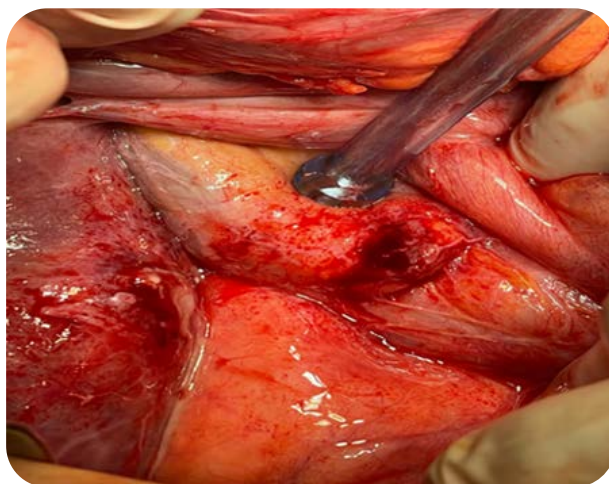


Figura 4. Drenaje del absceso hepático, una rafia colónica

Se observó una lesión puntiforme en el ángulo hepático del colon, correspondiente al sitio de perforación. Se realizó toilette quirúrgica, reavivamiento de bordes y rafia colónica en dos planos con sutura absorbible (Vicryl 3-0), además de la colocación de un drenaje multilumen.

DISCUSIÓN

Este caso ilustra una complicación rara pero grave de la CPRE. La perforación colónica por migración de stent biliar ocurre en menos del 1% de los pacientes. ⁽¹⁾⁽⁶⁾. Aunque la perforación intestinal por migración de stent suele afectar principalmente al intestino delgado, este caso se localizó en el ángulo hepático del colon, lo que representa una localización aún más infrecuente. ⁽⁷⁾ La migración puede ocurrir incluso años después de la colocación del stent, lo que enfatiza la necesidad de un seguimiento a largo plazo. Sin embargo, en una revisión sistemática reciente, la perforación secundaria a la migración se presenta en un tiempo promedio de 44,5 días después de la colocación del stent ⁽⁸⁾

Se han identificado varios factores que predisponen a la migración de los stents biliares, como el uso de stents plásticos rectos de 7 Fr, la permanencia prolongada del stent (más de tres

meses), la realización de esfinteroplastia durante la CPRE, una longitud de stent inferior a 10 cm y la dilatación de la vía biliar. Todos ellos asociados a un mayor riesgo de migración proximal.⁽⁵⁾

El diagnóstico en este caso se basó en la sospecha clínica, los signos de inflamación sistémica y hallazgos en las imágenes. La tomografía de abdomen fue crucial para mostrar la trayectoria fistulosa del stent. La cirugía fue necesaria debido a la presencia de un absceso y una fistula.^{(8) (9)} En otros casos seleccionados puede optarse por abordaje endoscópico.^{(10) (4)} Aunque la migración es relativamente frecuente (hasta 10 %), la perforación es poco común (<1 %), pero tiene consecuencias

graves, con una mortalidad del 17 %. El riesgo es mayor con stents plásticos de 10 Fr que permanecen insertados por más de 1 a 3 meses.

En conclusión, la vigilancia temprana durante las primeras semanas es crucial. Ante síntomas clínicos como dolor abdominal, fiebre, peritonismo en pacientes con antecedente de CPRE se debe solicitar estudio de imágenes como una tomografía abdominal.

El manejo depende de la gravedad, y puede incluir cirugía con resección, clip endoscópico o extracción endoscópica.

REFERENCIAS

1. Szary NM, Al-Kawas FH. Complications of endoscopic retrograde cholangiopancreatography: how to avoid and manage them. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2013;9(8):496-504.
2. Christensen, Merete y otros. Complicaciones de la CPRE: un estudio prospectivo. *Endoscopia gastrointestinal*, [Internet]. Volumen 60(5):721-31. Disponible en: [https://www.giejournal.org/article/S0016-5107\(04\)02169-8/abstract](https://www.giejournal.org/article/S0016-5107(04)02169-8/abstract)
3. Bishay K, Meng ZW, Khan R, et al. Adverse Events Associated With Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: Systematic Review and Meta-
4. Thomas Namdar 1, Andreas-Martin Raffel , Stefan-Andreas Topp , Lisa Namdar , Ingo Alldinger , Marcus Schmitt , Wolfram-Trudo Knoefel , Claus-Ferdinand Eisenberger. Complicaciones y tratamiento de las endoprótesis biliares migradas: una revisión de la literatura. *World J Gastroenterol*. 2007;(13(40)):5397-9.
5. Aditya Kale ,Sridhar Sundaram ,Mohit Aggarwal ,Suprabhat Giri ,Harish Darak ,Gautama Jain ,Abu Aasim Akhtar Ansari ,Prajakata Mane ,Nagma Khan ,Leela Shinde ,Kashmira Kawli yAkash Shukla. Predictores de la migración proximal de stents biliares plásticos rectos. *Indian Journal of Gastroenterology* [Internet]. 2024;43:592-600. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12664-023-01469-y>
6. Zorbas KA, Ashmeade S, Lois W, Farkas DT. Small bowel perforation from a migrated biliary stent: A case report and review of literature. *World J Gastrointest Endosc*. 2021;13(10):543-554. doi:10.4253/wjge.v13.i10.543
7. Zachary Wilson, Jason Diab, Soni Putnis, Migratory biliary stent resulting in colonic perforation: a rare complication and review of literature, *Journal of Surgical Case Reports*, Volume 2023, Issue 3, March 2023, rjad109, <https://doi.org/10.1093/jscr/rjad109>
8. Wilson N, Ezeani C, Ismail A, et al. Bowel Perforation Caused by Biliary Stent Migration After ERCP: A Systematic Review. *J Clin Gastroenterol*. 2025;59(5):472-478. doi:10.1097/MCG.0000000000002029
9. Swied MY, Al Turk Y, Maitar M. Migrated Plastic Biliary Stent Causing Cecal Perforation. *ACG Case Rep J*. 2024;11(7):e01424. Published 2024 Jul 10. doi:10.14309/crj.0000000000001424
10. Oregel-Aguilar Viridiana, Herrera-Servín Miguel A., Galvis-García Soraya E., Ornelas-Escobedo Edwin, Torreblanca-Sierra Luis F., Silis-Clavioto Juan C. et al . Manejo endoscópico de prótesis biliares con migración proximal experiencia Hospital General de México. *Endoscopia* [revista en la Internet]. 2020 [citado 2025 Sep 24] ; 32(Suppl 2): 297-297. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-64832020000600297&lng=es. Epub 13-Jun-2022. <https://doi.org/10.24875/end.m20000251>.