

# OBSTRUCCIÓN DE PRÓTESIS METÁLICA AUTOEXPANDIBLE CUBIERTA POR EL INGROWTH GENERADO TRAS LA PÉRDIDA DEL RECUBRIMIENTO DE LA MALLA EN PACIENTE CON PANCREATITIS CRÓNICA

OBSTRUCTION OF SELF-EXCHANGEABLE METAL STENTS COVERED BY INGROWTH GENERATED AFTER LOSS OF MESH RECOVERY IN PATIENT WITH CHRONIC PANCREATITIS

C. Sendra-Fernández, F.J. García-Fernández, R. León-Montañés

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

## Resumen

Las estenosis biliares benignas en pacientes con pancreatitis crónicas resultan difíciles de tratar y presentan altas tasas de recurrencia. Las prótesis plásticas múltiples y las prótesis metálicas autoexpandibles (PMA) totalmente cubiertas se han mostrado igualmente eficaces y seguras. La adherencia a los recambios protésicos puede verse afectada en esta población de pacientes cuando continúan con un consumo abusivo de alcohol. Presentamos un inusual caso de colangitis aguda por obstrucción de una PMA totalmente cubierta por el *ingrowth* generado tras la desintegración de la cubierta de la malla a los cuatro años de su colocación.

**Palabras clave:** estenosis biliar benigna, pancreatitis crónica, *ingrowth*, prótesis plástica, prótesis metálica autoexpandible totalmente cubierta.

## Abstract

Benign biliary strictures in patients with chronic pancreatitis are difficult to treat and have high rates of recurrence. Multiple plastic prostheses and fully covered self-expanding metal stents (SEMS) have been shown to be equally effective and safe. Adherence to prosthetic replacements may be affected in this population of patients when they continue with an abusive consumption of alcohol. We present an unusual case of acute cholangitis due to obstruction of a self-expanding metal stent completely covered by the *ingrowth* generated after the disintegration of the mesh cover four years after its placement.

**Keywords:** benign biliary stenosis, chronic pancreatitis, *ingrowth*, plastic prosthesis, fully covered self-expanding metal stents.

## Descripción del caso

Paciente de 59 años diagnosticado en el año 2013 de pancreatitis crónica calcificante con pseudoquiste crónico en la cabeza pancreática y estenosis benigna del colédoco retropancreático con dilatación severa de la vía biliar. Tras tratamiento ineficaz mediante prótesis plástica, se decidió tratar con prótesis metálica autoexpandible (PMA) totalmente cubierta

### CORRESPONDENCIA

Carmen Sendra Fernández  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.  
[csendra.fernandez@gmail.com](mailto:csendra.fernandez@gmail.com)

Fecha de envío: 05/03/2018  
Fecha de aceptación: 05/05/2018



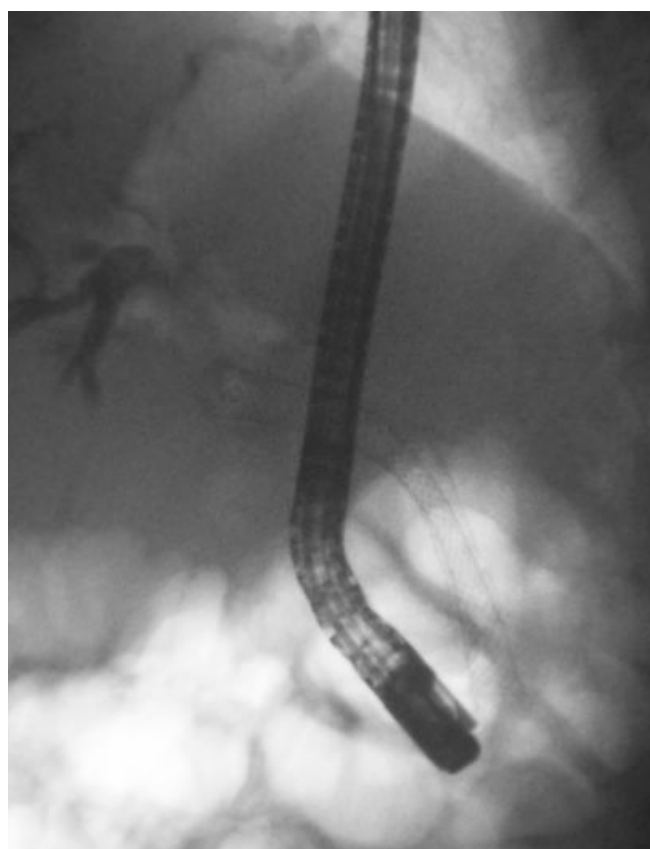
**Figura 1**

Prótesis metálica desestructurada, con un intenso *ingrowth* por la pérdida del recubrimiento de la malla. Canulación por el interior del *ingrowth* con colocación de PMA totalmente cubierta de 10 mm x 8 cm sobrepasando los extremos de la prótesis previa.

de 10 mm x 6 cm de Cook, que consiguió un correcto drenaje de la vía biliar, con normalización de los niveles de bilirrubina y del patrón de colestasis. Posteriormente, se perdió el seguimiento no acudiendo a sus revisiones en consulta ni al recambio programado de la endoprótesis biliar. Estuvo asintomático hasta 2017, que ingresó por ictericia, dolor abdominal, coluria, acolia y fiebre, con niveles de bilirrubina total de 17 mg/dL. En la TAC abdominal mostró una marcada dilatación de todo el árbol biliar (colédoco de 17 mm), con persistencia de la PMA con ocupación a nivel distal. Se realizó una CPRE localizando a nivel de la papila parte de la prótesis metálica desestructurada y completamente embebida en la mucosa duodenal con pérdida del recubrimiento de la malla y con un intenso crecimiento de tejido hiperplásico que ocupaba todo el interior de la prótesis (**Figura 1**).

El crecimiento del tejido hiperplásico no permitía su retirada endoscópicamente. Se canuló por el interior del mismo, contrastando el conducto biliar principal que estaba muy dilatado, con imágenes compatibles con material biliar y probable crecimiento de tejido hiperplásico en toda la extensión de la prótesis (**Figura 2**). Se colocó una nueva PMA totalmente cubierta de 10 mm x 8 cm sobrepasando ambos extremos de la prótesis previa, con salida fluida de gran cantidad de bilis negruzca y barro biliar y pequeñas litiasis, así como restos purulentos. La intención con la segunda prótesis era causar la necrosis del tejido hiperplásico, y permitir así la retirada de ambas en unas 6-8 semanas. Sin embargo, el paciente ha sido recientemente diagnosticado de una neoplasia de pulmón, y se reconsiderará la retirada de las mismas en función del estadio del tumor.

Un tercio de las estenosis biliares benignas se presentan en pacientes con pancreatitis crónica. Son las más difíciles de tratar, con tasas de recurrencia tras tratamiento endoscópico de hasta un tercio de los casos<sup>1</sup>. La colocación de múltiples prótesis plásticas o de PMA totalmente cubiertas durante seis meses consiguen la resolución de las estenosis de hasta el 90% y 92% respectivamente en pacientes con pancreatitis crónica en un periodo de seguimiento de dos años<sup>2</sup>. Las PMA totalmente cubiertas reducen el número procedimientos endoscópicos necesarios para la resolución de la estenosis<sup>3</sup>. La migración de estas prótesis es más frecuente que la obstrucción, que suele ser por material biliar y/o restos alimenticios. En nuestro caso se ha producido una desintegración del recubrimiento de la malla con el paso de los años, aunque teóricamente este es duradero y permite mantener las prótesis in situ durante largos periodos de tiempo. Con este caso ponemos de manifiesto que no se deben exceder los tiempos recomendados de



**Figura 2**

Se aprecia crecimiento del tejido hiperplásico (*ingrowth*) en toda la extensión de la prótesis.

recambio/retirada para evitar esta grave complicación que impide la retirada de la prótesis por el crecimiento de tejido hiperplásico en el interior de la misma.

En casos de colangitis por obstrucción de la prótesis en pacientes tratados con PMA totalmente cubiertas, se recomienda colocar una segunda PMA por su mayor efectividad frente a la limpieza mecánica o a la colocación de una prótesis plástica en su interior. Además, las PMA totalmente cubierta deben ser recambiadas por el biofilm bacteriano que se genera en la membrana de cobertura<sup>4</sup>. Debido al riesgo de complicaciones sépticas fatales, la sociedad europea de endoscopia digestiva recomienda implantar un sistema de rellamada para aquellos pacientes que

no se presentan a la cita para su recambio protésico. En pacientes con pancreatitis crónica y abuso de alcohol la adherencia a los recambios es menor, con el mayor riesgo de complicaciones, por lo que la hepaticoyunostomía sigue siendo una alternativa válida en estos casos<sup>1</sup>.

## Bibliografía

1. Pozsár J, Sahin P, László F et al. Medium-term results of endoscopic treatment of common bile duct strictures in chronic calcifying pancreatitis with increasing numbers of stents. *J Clin Gastroenterol* 2004; 38: 118–123.

2. Haapamäki C, Kylänpää L, Udd M et al. Randomized multicenter study of multiple plastic stents vs covered self-expandable metallic stent in the treatment of biliary stricture in chronic pancreatitis. *Endoscopy* 2015; 47:605-10.

3. Coté GA, Slivka A, Tarnasky P et al. Effect of covered metallic stents compared with plastic stents on benign biliary stricture resolution: a randomized clinical trial. *JAMA* 2016; 315:1250-7.

4. Shiomi H, Matsumoto K, Isayama H. Management of acute cholangitis as a result of occlusion from a self-expandable metallic stent in patients with malignant distal and hilar biliary obstructions. *Dig Endosc* 2017; 29: 88-93.