



www.elsevier.es/cirugia

P-200 - PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES EN EL TRATAMIENTO PALIATIVO DEL ADENOCARCINOMA ESTENOSANTE ANTRO-PILÓRICO

E. Romera Barba, F.J. Espinosa López, J. Castañer Ramón-Llín, A. Sánchez Pérez, I. Navarro García, J.M. Alarte Garví, J.L. Vázquez Rojas y J.A. García Marcilla

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: La obstrucción gastroduodenal maligna ocurre hasta en 20% de los sujetos con tumores gástricos, siendo generalmente una manifestación tardía en etapas avanzadas de la enfermedad. Los principales síntomas de los pacientes son náuseas, vómitos, distensión y dolor abdominal, que llevan al deterioro clínico progresivo del paciente, con marcada afección de su calidad de vida. Tradicionalmente, la única opción eran las técnicas paliativas quirúrgicas (gastroyeyunostomía), siendo utilizado el abordaje laparoscópico en múltiples centros. Sin embargo, estos enfermos suelen presentar una situación clínica muy debilitada, que puede contraindicar un procedimiento quirúrgico. Además, la mayoría tienen enfermedad avanzada, otras enfermedades intercurrentes o edad avanzada, con lo que la paliación quirúrgica se asocia a una alta morbilidad. En la actualidad, el método endoscópico a través de la colocación de prótesis metálicas autoexpandibles (PMAE) constituye una técnica menos agresiva, que ha demostrado eficacia técnica y clínica similar a la cirugía, pero con menores costes, tiempos de estancia hospitalaria y tolerancia vía oral.

Casos clínicos: Caso 1: paciente de 46 años, con antecedentes de VIH y VHC, que consultó por anorexia, pérdida de peso y vómitos incoercibles. Se realizó gastroscopia y TC siendo diagnosticado de adenocarcinoma gástrico estenosante antral T3N1M0. Dado el alto riesgo quirúrgico por la desnutrición severa que presentaba el paciente, se decidió colocar prótesis autoexpandible duodenal mediante endoscopia. Caso 2: paciente de 72 años, con antecedentes de HTA y gastrectomía subtotal Billroth II a los 50 años por úlcera duodenal. Consultó por cuadro de intolerancia oral progresiva y pérdida de peso. Mediante gastroscopia y TC fue diagnosticado de adenocarcinoma estenosante del muñón gástrico, con infiltración del lóbulo hepático izquierdo y carcinomatosis T4N2M1. Se procedió a colocación de prótesis parcialmente recubierta por endoscopia. Caso 3: paciente de 56 años que consultó por pérdida de peso, plenitud postprandial y vómitos. Se realizó gastroscopia y TC siendo diagnosticado de adenocarcinoma estenosante antropilótico T3N3aM1 (retroperitoneales). Mediante endoscopia se colocó prótesis duodenal parcialmente cubierta. Todos los pacientes iniciaron tolerancia a las 24h y fueron alta a las 48-72h del procedimiento. No hubo complicaciones inmediatas ni tardías. En los dos primeros pacientes se desestimó tratamiento por parte de Oncología, falleciendo por progresión de la enfermedad a los 2 meses. El tercer paciente recibió tratamiento con 6 ciclos de quimioterapia (EOX). En el TC de reevaluación a los 6 meses se apreció respuesta ganglionar completa, con lo que se decidió intervenir, realizando gastrectomía total y linfadenectomía D2, con extracción muy difícil de la prótesis por estar invadida por el tumor. La anatomía patológica definitiva fue adenocarcinoma gástrico infiltrante de células en anillo de sella T4N3b. El paciente se encuentra en tratamiento con quimioterapia, 10 meses tras el diagnóstico y colocación de la

prótesis.

Discusión: En pacientes con obstrucción gastroduodenal debida a cáncer gástrico, la paliación endoscópica mediante PMAE puede proporcionar un intervalo más corto para el inicio de la ingesta oral, una estancia intrahospitalaria más corta y una menor tasa de complicaciones que la cirugía, con una sobrevida global similar, sobre todo en pacientes de alto riesgo.