



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-154 - CÁNCER GÁSTRICO PERFORADO: NUESTRA EXPERIENCIA EN 15 AÑOS

Hurtado, Andrea María; Ruiz, Miguel; Rodríguez, José María; Jiménez, Isabel María; Valero, María; López, Pedro; Pastor, Patricia; Albarracín, Antonio

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Introducción: La perforación de un cáncer gástrico (CGP) es una presentación infrecuente que ocurre entre el 0,5-3,9% de todos los pacientes con carcinoma gástrico (CG), siendo causa de un 4-14% de la perforación gástrica (PG). La presentación clínica es indistinguible de la etiología benigna y su reconocimiento durante el acto quirúrgico difícil. Para su diagnóstico, destaca la importancia de la biopsia de los bordes en la cirugía inicial. El tratamiento quirúrgico del CGP se puede realizar mediante la técnica de una o dos etapas, según se realice la cirugía oncológica tumoral, asociado con alto mortalidad por las comorbilidades asociadas y el estadio tumoral avanzado. Nuestro objetivo es describir las características clínico-patológicas en pacientes con CGP intervenidos en nuestro hospital.

Métodos: Revisión retrospectiva de pacientes intervenidos de PG en nuestro centro desde 2008 hasta 2023. Se revisaron características clínico-patológicas, tratamiento y evolución.

Resultados: En el periodo descrito se intervinieron a 51 pacientes con PG, 5 (9,80%) resultaron CG. Se excluyó la etiología traumática y yatrogénica. De los 5 pacientes, 3 eran mujeres con una edad media de 59,6 años (rango 40-81). Dos pacientes fueron diagnosticados preoperatoriamente de CG, uno mediante gastroscopia y otro por alta sospecha clínica. Los otros 2 se diagnosticaron posoperatoriamente tras estudio histológico. La paciente restante fue diagnosticada mediante biopsia por gastroscopia. El estudio histológico confirmó CG en los 5 casos, siendo 2 tipo difuso y 3 tipo intestinal. Respecto al manejo quirúrgico inicial, se intervinieron 4 pacientes. En 2 casos se realizó lavado y sutura, dado el desconocimiento de la etiología maligna. En los otros 2 casos se realizó cirugía en un tiempo mediante gastrectomía total, linfadenectomía y esofagoyeyunostomía en Y de Roux en el primero y gastrectomía 2/3, reconstrucción Billroth II en el segundo caso. En relación a la morbilidad, un paciente presentó una complicación grave grado IIIb C-D (dehiscencia de sutura) y hubo un *exitus*. La estancia posquirúrgica media fue de 12,2 días, siendo 11 días tras la sutura de la PG y de 13,5 días tras la cirugía en un tiempo. Posteriormente recibieron tratamiento adyuvante todos los pacientes. Los pacientes intervenidos inicialmente de lavado y sutura, fueron reintervenidos con intención curativa, realizándose gastrectomía subtotal con linfadenectomía y reconstrucción en Y de Roux tras tratamiento neoadyuvante. Del total de 4 pacientes intervenidos, 3 (75%) tenían enfermedad en estadio IV y 1 (25%) fue diagnosticado en estadio III. Durante el seguimiento los dos pacientes diagnosticados de CG posoperatoriamente fallecieron por progresión de la enfermedad. Los pacientes sometidos a cirugía oncológica inicial continúan actualmente en seguimiento.

Conclusiones: El CG perforado es una forma de presentación infrecuente pero con alta morbilidad asociada. El manejo quirúrgico inmediato de la PG tiende al manejo de la peritonitis potencialmente mortal.

No obstante, dada la mayor supervivencia tras una resección curativa, se debe contemplar la posibilidad de etiología maligna para decidir la actitud quirúrgica más radical.