



P-004 - EL DRAMA DEL ADENOCARCINOMA DEL REMANENTE GÁSTRICO TRAS BYPASS EN Y DE ROUX: DIAGNÓSTICO EN ESTADIOS AVANZADOS Y DIFICULTAD DE CONFIRMACIÓN HISTOLÓGICA

Romera Barba, Elena; Giménez Frances, Clara; García Urban, Julia; Navarro García, María Inmaculada; Torregrosa Pérez, Nuria María; González-Costea Martínez, Rafael; Crespo Álvarez, Elena; Balsalobre Salmerón, María Dolores

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: La cirugía bariátrica representa el tratamiento más efectivo para la obesidad en la actualidad. Los beneficios asociados a la propia cirugía son innumerables y favorecen la mejoría y resolución de muchas de las comorbilidades asociadas. Sin embargo, los cambios anatómicos creados en las técnicas mixtas como es el *bypass* gástrico en Y de Roux (BPG), donde se excluye un segmento del tubo digestivo, determinan una dificultad para diagnosticar patologías a este nivel. Se ha descrito una mayor incidencia de cáncer gástrico después de BPG en comparación con la población general (0,8%, en comparación con el 0,0006-0,0015%), si bien la aparición de tumores malignos en el estómago excluido es excepcional, habiéndose descrito menos de 20 casos en la literatura.

Caso clínico: Paciente mujer de 48 años, con antecedente de BPG en julio de 2003, que consultó por epigastralgia, anorexia y pérdida de peso de 1 mes de evolución. En la analítica destacaba un CEA: 20,5 y Ca19.9: 4.592. Se realizó gastroscopia sin hallazgos, TC y PET-TC que informaron de engrosamiento parietal irregular de morfología mamelonada del antro gástrico con estriación de la grasa perigástrica, tejido de partes blandas a nivel del retro retroperitoneo y engrosamiento del omento menor rodeando páncreas, con estenosis del uréter derecho e hidronefrosis grado II ipsilateral, así como engrosamiento parietal del colon transverso. Con sospecha de neoplasia del estómago excluido se realizaron biopsias guiadas por ecoendoscopia (USE) y TC, que resultaron negativas para malignidad. Durante el estudio diagnóstico la paciente comenzó con dolor abdominal brusco y exploración de abdomen agudo, precisando una laparotomía urgente donde se halló una gran tumoración en antro gástrico irresecable, que infiltraba retroperitoneo y colon transverso, ocasionando una perforación diastásica de ciego con peritonitis. Se realizó resección ileocecal e ileostomía terminal. Se tomó muestra de líquido peritoneal e implante de peritoneo, que también resultaron negativos para malignidad. Ante la ausencia de diagnóstico histológico para iniciar tratamiento, se realizó una nueva laparotomía con apertura del estómago excluido y toma de muestras que finalmente confirmaron un adenocarcinoma de células en anillo de sello. Presentó una dehiscencia de la gastrotomía en el posoperatorio, sin posibilidad de reparación debido a la infiltración de los tejidos. Se trató de forma conservadora con drenaje, pero ello determinó que Oncología desestimara tratamiento activo por su parte, una vez alcanzado el diagnóstico, con lo que la paciente pasó a cargo de Cuidados Paliativos.

Discusión: La etiología del adenocarcinoma en el estómago excluido es probablemente multifactorial. Una hipótesis sugiere que la presencia de reflujo pancreatobiliar conduce a gastritis prolongada que posteriormente aumenta el riesgo de adenocarcinoma gástrico. Alternativamente, otras hipótesis enfatizan

una posible etiología infecciosa por el impacto de la infección por *H. pylori* no erradicada en ese estómago “escondido”, que no es susceptible de ser examinado rutinariamente con el endoscopio. El adenocarcinoma de estómago excluido en pacientes con BPG es extremadamente raro y difícil de diagnosticar de forma histológica ya que la evaluación endoscópica del en estos pacientes, ya sea por medios dirigidos por USE, asistidos por enteroscopia o percutáneos, es indudablemente más compleja que en pacientes con anatomía normal. Este hecho junto con su curso temprano asintomático hacen que habitualmente se diagnostique en una etapa avanzada. El TC y PET-TC pueden ayudar al diagnóstico pero no permiten la confirmación histológica necesaria para iniciar un tratamiento oncológico, como ocurrió en nuestra paciente, lo que empeora aún más el pronóstico.