



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-206 - OCLUSIÓN INTESTINAL POR PÓLIPO GÁSTRICO PEDICULADO, UN RARO CASO QUE PRECISA MANEJO INDIVIDUALIZADO

Jezieniecki Fernández, Carlos; Martínez Charines, Andrea; Herreros Rodríguez, José; Núñez del Barrio, Henar; Díaz Artigot, Paula; Sanchón Sánchez, Julia; Fernández Valle, David; Beltrán de Heredia y Rentería, Juan

Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Resumen

Introducción: Los pólipos gástricos son lesiones lumbinales que protruyen de la mucosa y se descubren de modo incidental en aproximadamente el 2% de las esofagogastroduodenoscopias (EGD)¹. La mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos y rara vez presentan complicaciones como sangrado u obstrucción gástrica. Existen diferentes tipos de pólipos gástricos, y de acuerdo con su aspecto endoscópico pueden relacionarse con potencial maligno. Sin embargo, la caracterización histopatológica es la que dictará el potencial neoplásico o el grado de malignidad de los pólipos.

Caso clínico: Paciente mujer de 74 años, que en estudio por neoplasia de mama presenta engrosamiento concéntrico hipermetabólico que se extiende a antro pilórico y duodeno en PET TC. Por lo que se decide realización de gastroscopia, evidenciándose en curvatura mayor, pólipo de unos 6cm de diámetro, pseudopediculado, se toman biopsias, describiéndose en su análisis fragmentos superficiales que podrían corresponder a un adenoma de tipo foveolar con focos de displasia de bajo grado, sin poder descartar que pueda tratarse de fragmentos superficiales de un pólipo hiperplásico con displasia de bajo grado del epitelio. Se decide nueva gastroscopia tras episodio de intolerancia oral, donde se evidencia desde curvatura mayor un gran pedículo muy grueso que se introduce en píloro. Se consigue donde se ve el pólipo invaginado que ocupa parte de la luz de segunda porción y del bulbo duodenal. Siendo imposible movilizarlo para exponerlo en cavidad gástrica de forma endoscópica. Tras estudio se decide intervención quirúrgica donde se realiza una gastrotomía laparoscópica para tracción de pedículo polipoideo, sin conseguir luxar pólipo de su posición inicial. Por lo que se decide duodenotomía, liberación de pólipo en su porción más distal, y extracción por gastrotomía previa. Resecándose con endograpadora a la altura de pedículo polipoideo. Posteriormente se realiza cierre de enterotomías con sutura barbada. La paciente es dada de alta a las 48 horas de la cirugía tras buena evolución. El resultado anatomopatológico del pólipo resecado es de adenoma gástrico de 8 × 5 × 4 cm con componente intestinal y foveolar con extensa displasia de bajo grado del epitelio y algún foco superficial con displasia de alto grado del epitelio (< 10%) con base de implantación del pólipo libre de afectación en los cortes histológicos estudiados. Se realiza gastroscopia a los 6 meses de la cirugía donde se toman biopsias de la cicatriz de resección sin hallazgos histológicos de malignidad.

Discusión: Las indicaciones para poliplectomía en pólipos gástricos son aquellos con focos de

displasia, estando indicada su exéresis endoscópica. Si bien es cierto que pueden existir casos como el descritos, donde la resección endoscópica no es posible, y esto además ocasione clínica de algún tipo en el paciente. Planteándose de esta forma la resección quirúrgica. Es en este momento donde debemos plantear que tipo de técnica quirúrgica vamos a utilizar, bien sea por cirugía abierta, o con técnicas mínimamente invasivas, ya sea laparoscópica como en el caso que presentamos, o cirugía intragástrica, técnicamente más demandante.