



P-751 - CIRUGÍA URGENTE POR HEMOPERITONEO DE ORIGEN TUMORAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Lara Tomé, Raquel; Rahy Martín, Aída Cristina; Faro Puente, Sofía; Martínez Pozuelo, Almudena; Moreno Bargueiras, Alejandro; Pastor Altaba, Daniel; Yuste García, Pedro; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: La cirugía de urgencias aglutina patologías con escenarios diferentes. La intervención quirúrgica urgente para el tratamiento del sangrado endoluminal es actualmente infrecuente, pero aún más infrecuente es el abordaje de un hemoperitoneo de causa no traumática. Presentamos el caso de una paciente con sangrado digestivo anemizante endoluminal en relación a tumoración intestinal desconocida previamente, en el que una intervención urgente permitió el diagnóstico de un tumor del estroma gastrointestinal (GIST) de alto riesgo.

Caso clínico: Mujer de 75 años con antecedentes familiares de cáncer colorrectal y pancreático; antecedentes personales de histerectomía, apendicectomía y tiroidectomía. Acude al Servicio de Urgencias por rectorragia y dolor abdominal cólico, hemodinámicamente estable. A la exploración física presenta dolor en hipogastrio sin peritonismo. Tacto rectal con restos hemáticos. Analíticamente a su llegada Hb 12,2 g/dl con anemización hasta 9,9 g/dl durante su estancia en urgencias. Se realiza gastroscopia que no muestra sangrado activo ni restos y colonoscopia con restos hemáticos en colon ascendente/íleon terminal. A las 48h la paciente comienza con un cuadro brusco de dolor abdominal en hipogastrio y FII con peritonismo, descenso de Hb hasta 8,5 g/dl e inestabilidad hemodinámica. Se realiza TAC abdomino-pélvico visualizando masa pélvica de 10 x 7 cm en contacto estrecho con asa de intestino delgado que sugiere probable fistulización de la misma. Sin foco de sangrado activo. Ante el empeoramiento analítico y clínico se decide intervención quirúrgica urgente con hallazgos de hemoperitoneo proveniente de tumoración perforada de aspecto cerebroide dependiente de íleon terminal a 25 cm de válvula ileocecal. Se realiza resección ileocecal oncológica que podría ser considerada resección R1 por afectación tumoral de la pared posterior vesical y pseudocápsula rota con sangrado a cavidad. La evolución posoperatoria es satisfactoria con buena tolerancia oral y sin nuevos episodios de sangrado. Siendo dada de alta en el 7.º día posoperatorio.

Discusión: El estudio de tumores de intestino delgado requiere pruebas específicas como enteroscopia o cápsula endoscópica, no siempre disponibles en contexto urgente. La mayoría se siguen diagnosticando con TAC. En una primera aproximación diagnóstica se identificó una histología compatible con sarcoma cuyo diagnóstico diferencial incluye tumor del estroma gastrointestinal, liposarcoma, angiosarcoma, o leiomiosarcoma, entre otros. El estudio molecular identificó delección en el exón 11 de cKIT, hallazgo típico de GIST de probable alto riesgo. Es

importante su diferenciación debido a las nuevas terapias dirigidas con inhibidores de la tirosina quinasa (por ejemplo imatinib) disponibles desde el 2001. La resección en bloque con márgenes libres (resección R0) es la estrategia preferida. El GIST metastatiza principalmente vía hematógena, con poca frecuencia a los ganglios linfáticos regionales (1%) por lo que la linfadenectomía no es necesaria generalmente. Este caso destaca la importancia de la sospecha clínica ante síntomas digestivos inespecíficos. El abordaje quirúrgico permitió no solo controlar el sangrado sino establecer un diagnóstico definitivo y curativo. Es preciso un adecuado entrenamiento del equipo quirúrgico para evaluar y tratar la patología tumoral con carácter urgente y de forma definitiva en la medida de lo posible.