



## P-208 - COMPLICACIONES DE LA RADIOTERAPIA TRAS RECIDIVA LOCAL EN PACIENTE INTERVENIDO DE DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA POR ADENOCARCINOMA AMPULAR

García Nalda, Albert; G. Borobia, Francisco; Bejarano González, Natalia; García Monforte, Neus; Romaguera Monzonis, Andreu; Serra Pla, Sheila; Flores Clotet, Roser; Navarro Soto, Salvador

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

### Resumen

**Objetivos:** Exponer las complicaciones, a los 9 años de una duodenopancreatectomía cefálica (DPC), en un paciente tratado al año de la cirugía con quimiorradioterapia por recidiva local de adenocarcinoma ampular.

**Caso clínico:** Paciente de 59 años con antecedentes de adenocarcinoma ampular de alto grado en 2006, con invasión microvascular, perineural y afectación de la vena mesentérica superior (VMS). Se realizó DPC con preservación pilórica y resección venosa con colocación de prótesis vascular. Al año, por sospecha de recidiva (aumento exponencial del CA 19.9 sin evidencia de metástasis a distancia) es tratado mediante quimioterapia y radioterapia sobre lecho quirúrgico, con remisión clínica y analítica completa. En 2014 múltiples complicaciones abdominales. Destacan hemorragia digestiva alta (HDA), ruptura esplénica por absceso espontáneo y estenosis oclusiva del asa eferente duodenoyeyunal, que requirió de intervención quirúrgica para by-pass yeyuno-yeyunal y confección de nueva gastroenteroanastomosis. En su último reingreso en septiembre de 2015 presenta abscesos hepáticos complejos y tromboembolismo pulmonar (TEP) séptico. En fibrogastroscopias (FGS), destaca úlcera yuxtaanastomótica con signos de sangrado y acúmulo de material fungoide y alimentario. Anastomosis piloroyeyunal a 10 cm de la anastomosis biliar. Múltiples biopsias negativas para recidiva neoplásica. TC abdominal-fistulografía con gran absceso hepático derecho fistulizado a vía biliar derecha que se drena mediante catéter tipo Pig-tail y se canaliza mediante drenaje biliar interno-externo. Se optimiza al paciente mediante nutrición parenteral total (NPT) durante 5 meses, transfusión de 40 concentrados de hematíes tratamiento antibiótico de amplio espectro y pauta descoagulante a dosis plenas para manejo del TEP. Se decide intervención quirúrgica con evidencia de importante retracción inflamatoria no neoplásica y signos de fistulización en el asa de hepaticoyeyunostomía hasta su anastomosis gástrica, atribuible a la radioterapia. Destacan también varices retroperitoneales por trombosis del injerto de VMS que dificultan el cierre del muñón de la primera asa intestinal que pasa a ser la bilioenterica por este motivo. Confección de nuevas anastomosis: pancreaticoyeyunostomía y gastroyeyunostomía en asas diferenciadas y pie de asas. Alta al mes de la intervención mantenimiento el drenaje de la colección hepática con débito de 200 mL de bilis clara y drenaje biliar interno-externo sin débito al alta.

**Discusión:** Evidencia de pocos casos de supervivencias superiores a 10 años en pacientes con antecedente de adenocarcinoma ampular de alto grado y recidiva tratada mediante quimiorradioterapia. La radioterapia es un tratamiento no exento de complicaciones como la enteritis rígida. Su tratamiento requiere de un manejo complejo y multidisciplinar. Puede complicar la funcionalidad de anastomosis biliares y digestivas con

abscesos por reflujo alimentario, vómitos por estenosis y hemorragia digestiva por ulceración. Su tratamiento requiere la resección del intestino afecto y la reconfección de las anastomosis afectas, con una importante dificultad técnica derivada de la manipulación quirúrgica y radioterapia previa.