



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-012 - MIGRACIÓN DE PRÓTESIS ENDOSCÓPICA DE HEPÁTICO-GASTROSTOMÍA RESUELTA CON CIRUGÍA URGENTE

Lujan Colas, Juan; Aliseda Jover, Daniel; Almeida Vargas, Ana; Blanco Asensio, Nuria; Sabatella, Lucas; Sánchez Justicia, Carlos; Rotellar Sastre, Fernando; Martínez Regueira, Fernando

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

Resumen

Introducción: Este vídeo muestra una complicación rara pero muy grave y que requiere cirugía urgente: la migración del extremo gástrico de la prótesis de hepático-gastrostomía endoscópica

Caso clínico: Varón de 76 años con cáncer renal tratado en 2012 con nefrectomía comienza con recaídas sucesivas controladas con cirugía y quimioterapia. En 2018 se diagnostica de metástasis hepáticas y pancreáticas que se tratan con quimioterapia. Desde agosto de 2021 crecimiento progresivo de metástasis pancreática que infiltran duodeno. En TAC se observan varias metástasis pancreáticas, la mayor de 7 cm infiltra el duodeno y colédoco y produce dilatación de vía biliar. Se indica doble derivación endoscópica paliativa en un único procedimiento. Primero se coloca una prótesis axios entre estómago y yeyuno proximal. Luego se coloca una prótesis biliar Giobor cubierta de 8 cm de longitud y 1 centímetro de calibre entre lóbulo hepático izquierdo y estómago. Se comprueba una correcta salida de bilis. El paciente comienza a las 12 horas con dolor abdominal, irritación peritoneal y fiebre que evoluciona a vientre en tabla e hipotensión. El TAC urgente muestra migración libre a cavidad abdominal del extremo gástrico de la prótesis biliar observando trayecto intrahepático de 4-5 cm bien colocado. En la laparotomía urgente se confirma que el extremo gástrico de la prótesis está libre en cavidad abdominal con peritonitis diseminada. La cirugía realizada, que se muestra en el vídeo, constó de los siguientes pasos: 1. Cierre de perforación gástrica; 2. Movilización de estómago; 3. Gastrostomía distal en una zona de baja tensión e intentos fallidos de reintroducción de prótesis; 4. Gastrostomía de contrabertura para tracción de prótesis plegada; 5. Doble fijación de entrada gástrica de la prótesis con bolsa de tabaco y punto a la prótesis; 6. Parche de epiplón y drenaje JP. No presentó complicaciones quirúrgicas. El TAC al décimo día posoperatorio demostró una correcta colocación de la prótesis. El paciente falleció a los 5 meses por progresión de su enfermedad manteniendo durante ese tiempo un buen funcionamiento de ambas prótesis.

Discusión: En este caso la probable causa fue la excesiva tensión provocada por la fijación del estómago a yeyuno por la otra prótesis de aposición intraluminal. Respecto a la cirugía, cuando el lado hepático está bien colocado se debe intentar reintroducir la prótesis en la parte más móvil del estómago. Para una reintroducción lo más hermética posible es beneficioso ayudarse de una segunda gastrostomía que facilite la introducción de la prótesis plegada.