CIR ESP. 2024;102(S3):S319

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

VC-032 - COLEDOCODUODENOSTOMÍA LAPAROSCÓPICA ANTE FUGA BILIAR TRAS GASTRECTOMÍA SUBTOTAL Y LINFADENECTOMÍA D2 POR CÁNCER GÁSTRICO OCLUSIVO

Brito Pérez, Zaida; Acosta Mérida, María Asunción; Suárez Cabrera, Aurora; Fernández Carrión, Jezabel; Gonzalo Hernández, Ayoze Beneharo; Bañolas Suárez, Raquel; Marchena Gómez, Joaquín

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: El cáncer gástrico es la tercera causa de muerte a nivel mundial y quinta en incidencia. En los países occidentales como España, suele diagnosticarse de forma tardía, lo que ensombrece su pronóstico. Presentamos un caso diagnosticado en una fase tardía con oclusión y caquexia, y asociado a una complicación biliar posoperatoria por coledocolitiasis.

Caso clínico: Mujer de 69 años, con antecedentes de HTA, DM, artritis reumatoide y colecistectomía, que ingresó por síndrome emético de 2 meses de evolución con pérdida ponderal, deterioro y caquexia franca, siendo diagnosticada de adenocarcinoma gástrico obstructivo distal T4N+Mx y coledocolitiasis residual. Se programó inicialmente para gastrectomía paliativa por oclusión, pero intraoperatoriamente se decidió cirugía oncológica con intención curativa, realizando una gastrectomía subtotal con reconstrucción en Y de Roux y linfadenectomía D2 laparoscópica, siendo un ADC gástrico G2 pT3pN1. En el cuarto día posquirúrgico comenzó con dolor abdominal y elevación de reactantes de fase aguda, se realizó TAC abdominal, que informó de una posible solución de continuidad en el conducto cístico con líquido perihepático y neumoperitoneo, además de dos coledocolitiasis intrapancreáticas. Se indicó laparoscopia exploradora urgente, hallando una peritonitis biliar difusa, por perforación a nivel de la implantación del conducto cístico, con vía biliar dilatada. La anastomosis gastroyeyunal se encontraba íntegra, y no se apreciaba fuga del muñón duodenal. Tras realizar una maniobra de Kocher amplia y disección de la vía biliar, se objetivó la lesión coledociana. Se realizó exploración, limpieza y extracción de todos los cálculos del colédoco, que posteriormente se seccionó, dejando el muñón distal pancreático cerrado y anastomosando la vía biliar al duodeno a nivel del punto inicial de perforación mediante sutura barbada 3/0 continua. Se comprobó la estanqueidad, se lavó la cavidad y se dejaron dos drenajes tipo Blake. Durante los días siguientes, se observó salida de bilis por el drenaje situado más cerca a las coledocoduodenostomía, y ante el aumento del débito (unos 300 cc diarios), se realizó colangiografía transparietohepática. Esta objetivó fuga de contraste a nivel de la implantación del cístico, por lo que radiología vascular intervencionista dejó drenaje percutáneo (CTPH) el 11º día posoperatorio. Durante los días posteriores la paciente se mantuvo estable hemodinámicamente, asintomática, con mejoría analítica y controles del CPTH periódicos. Se retiró el mismo previo al alta, en el 46.º DPO de la reintervención. La paciente actualmente se encuentra con tratamiento adyuvante con quimioterapia Folfox.

Discusión: La valoración intraoperatoria que realiza el cirujano permite reorientar el tratamiento y por tanto el pronóstico global del paciente. En este caso, la estrategia inicialmente diseñada para esta paciente, en

estado de caquexia y sospecha de tumoración gástrica irresecable y extensa, se vio modificada por la valoración laparoscópica intraoperatoria del cirujano esofagogástrico, que consideró reconvertir la cirugía planificada como paliativa en una intervención con intención curativa, cuyo resultado histológico corroboró la impresión diagnóstica del cirujano. Adicionalmente, la combinación de manejo multidisciplinar y la disponibilidad de un equipo quirúrgico experimentado, permite abordar mediante cirugía mínimamente invasiva complicaciones complejas, como la expuesta en este caso.

0009-739X © 2024 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados