

BIBLIOGRAFÍA

- Hatzaras I, Palesty JA, Abir F, Sullivan P, Kozol RA, Dudrick SJ, et al. Small-bowel tumors: Epidemiologic and clinical characteristics of 1260 cases from the connecticut tumor registry. *Arch Surg*. 2007;142:229-35.
- Washington K, McDonagh D. Secondary tumors of the gastrointestinal tract: Surgical pathologic findings and comparison with autopsy survey. *Mod Pathol*. 1995;8:427-33.
- Berger A, Cellier C, Daniel C, Kron C, Riquet M, Barbier JP, et al. Small bowel metastases from primary carcinoma of the lung: Clinical findings and outcome. *Am J Gastroenterol*. 1999;94:1884-7.
- Garwood RA, Sawyer MD, Ledesma EJ, Foley E, Claridge JA. A case and review of bowel perforation secondary to metastatic lung cancer. *Am Surg*. 2005;71:110-6.
- Gitt SM, Flint P, Fredell CH, Schmitz GL. Bowel perforation due to metastatic lung cancer. *J Surg Oncol*. 1992;51:287-91.
- Yang CJ, Hwang JJ, Kang WY, Chong IW, Wang TH, Sheu CC, et al. Gastro-intestinal metastasis of primary lung carcinoma: Clinical presentations and outcome. *Lung Cancer*. 2006;54:319-23.
- Stenbygaard LE, Sorensen JB, Larsen H, Dombernowsky P. Metastatic pattern in non-resectable non-small cell lung cancer. *Acta Oncol*. 1999;38:993-8.
- Antler AS, Ough Y, Pitchumoni CS, Davidian M, Thelmo W. Gastrointestinal metastases from malignant tumors of the lung. *Cancer*. 1982;49:170-2.
- Stenhouse G, Fyfe N, King G, Chapman A, Kerr KM. Thyroid transcription factor 1 in pulmonary adenocarcinoma. *J Clin Pathol*. 2004;57:383-7.
- Goh BK, Yeo AW, Koong HN, Ooi LL, Wong WK. Laparotomy for acute complications of gastrointestinal metastases from lung cancer: Is it a worthwhile or futile effort? *Surg Today*. 2007;37:370-4.

Laia Garrigós^{a,*}, Mar Iglesias^b, Josep Lloreta^b, Jaime Jimeno^c y Edurne Arriola^a

^aServicio de Oncología Médica, Hospital del Mar, Barcelona, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital del Mar, Barcelona, España

^cServicio de Cirugía General, Hospital del Mar, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 95990@imas.imim.es (L. Garrigós).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.03.019

Estenosis de una anastomosis gastroyeyunal en Y de Roux: ¿técnica quirúrgica inadecuada o efecto adverso del tratamiento adyuvante?

Stricture in a Roux-en-Y gastrojejunostomy: Unsuitable surgical technique or adverse effect of the adjuvant treatment?

La gastrectomía parcial como tratamiento quirúrgico en el adenocarcinoma gástrico (AG) requiere generalmente la reconstrucción del tránsito mediante una gastroyeyunostomía. Los errores en la orientación y en la longitud de la anastomosis son una causa frecuente de complicaciones en el postoperatorio inmediato y tardío. Éstas pueden surgir tras la aplicación de radioterapia adyuvante, tal y como ocurrió en este caso. Mujer de 40 años, sin antecedentes medicoquirúrgicos de interés, que acudió a su hospital de referencia por intolerancia oral progresiva con sensación de plenitud y vómitos posprandiales. Estos síntomas le habían ocasionado una importante pérdida de peso en los últimos 2 meses. Tras la realización de una endoscopia digestiva alta y de una tomografía computarizada (TC) toracoabdominal, se la diagnosticó de AG antral sin metástasis a distancia. Se practicó una gastrectomía parcial distal y una reconstrucción del tránsito mediante un asa yeyunal en Y de Roux. El postoperatorio discurrió sin incidencias, la paciente toleró dieta blanda al 7.º día y presentó un tránsito al alta que se observó con buen paso de contraste a través de la anastomosis (fig. 1).

El estudio anatomopatológico informó de afectación metastásica en 5 ganglios linfáticos, por lo que se decidió administrar tratamiento adyuvante con quimioterapia y radioterapia. A los 3 meses de finalizar el tratamiento adyuvante, la paciente comenzó de nuevo con vómitos incoercibles que le provocaron intolerancia oral absoluta, por lo que recibía nutrición parenteral domiciliaria. Cuando la paciente acudió a nuestro centro, le practicamos una endoscopia en la que no se observaron lesiones mucosas y en la que se pudo progresar únicamente al asa ciega. Una TC toracoabdominal, una PET (positron emission tomography 'tomografía por emisión de positrones') descartaron diseminación o recidiva de la enfermedad neoplásica. El tránsito con Gastrografín[®] (fig. 2) mostró dificultad importante de paso al asa que drenaba el muñón gástrico, mientras que se rellenaba sin dificultad la porción ciega de ésta. En la intervención quirúrgica practicada con posterioridad, observamos un acodamiento fibroso del ángulo que formaba el asa eferente con el muñón gástrico. No apreciamos masa tumoral ni adenopatías palpables. La

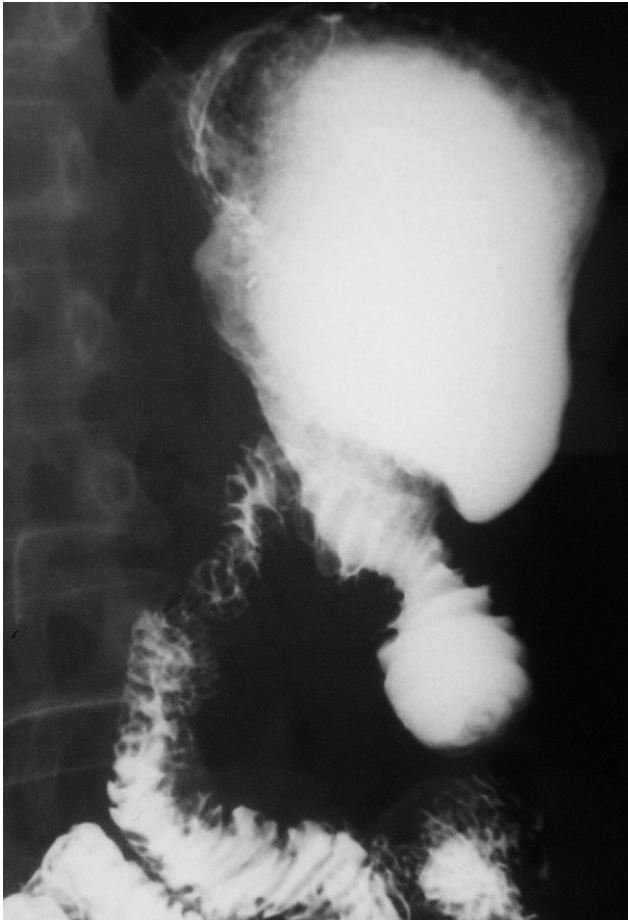


Figura 1 – Gastroyeyunostomía permeable.



Figura 2 – Obstrucción de la gastroyeyunostomía.

solución consistió en una anastomosis laterolateral entre la porción ciega del asa, que drenaba bien el estómago y tenía longitud suficiente, y la porción descendente de esa asa (omega). Se dio de alta a la paciente al sexto día postoperatorio, en ese momento ya toleraba la ingesta. Ante un cuadro obstructivo en un paciente intervenido de un AG es prioritario valorar la presencia de recidiva local, ganglionar o diseminación peritoneal de la enfermedad. La endoscopia digestiva alta, así como los scanner, la PET y la TC de última generación son de gran utilidad. Una vez descartada la progresión de la enfermedad neoplásica, el tránsito aporta información anatómica importante, ya que mostrará una anastomosis permeable con un muñón gástrico, atónico y retencionista (paresia gástrica), o una obstrucción mecánica en la anastomosis o en el asa eferente. Al igual que ocurre en el cáncer de recto¹, la irradiación de las estructuras circundantes puede ocasionar una obstrucción intestinal en el asa distal², bien en su paso a través del mesocolon transverso o posterior a éste. También conviene recordar como causa de obstrucción en estos pacientes la infrecuente intususcepción yeyunogástrica, que cierra la anastomosis en el postoperatorio precoz o se manifiesta de forma larvada como cuadros suboclusivos^{3,4}. Cuando la intolerancia oral se debe a una gastroparesia (confirmada con un estudio isotópico) es necesaria la administración de tratamiento farmacológico con agentes antieméticos y procinéticos que

acompañe a las medidas dietéticas oportunas. En casos refractarios a tratamientos convencionales, la implantación de estimuladores eléctricos y la gastrectomía total han demostrado su eficacia⁵. En la actualidad, la mayoría de las resecciones gástricas parciales se reconstruyen ascendiendo un asa yeyunal según la técnica de Billroth II o III (asa en Y de Roux). Aunque esta última evita el reflujo biliar gracias a un pie de asa alejado de la gastroyeyunostomía, no se ha demostrado franca superioridad de una técnica respecto a la otra. En ambas es importante practicar una anastomosis bien orientada y con longitud suficiente, sin ángulos cerrados en los extremos que puedan afectar el tránsito a su través. En concreto, se aconseja disponer el asa eferente en la zona más en declive para favorecer el drenaje por gravedad, ya que la sección de corte gástrica suele estar inclinada. En el caso presentado, la anastomosis inicial se realizó a la inversa, lo que no influyó inicialmente en su buen funcionamiento. La aplicación ulterior de radioterapia retrajo esa zona y provocó el estrechamiento del ángulo superior de la anastomosis, mientras que el asa ciega en declive permanecía permeable. La longitud de este segmento permitió solucionar la obstrucción con una sencilla anastomosis intestinal. Sin esta ventaja, habría sido necesario deshacer la anastomosis por completo, lo que hubiera dificultado la cirugía. En vista de lo ocurrido, consideramos aconsejable disponer el asa eferente en la curvatura mayor del muñón gástrico, ya que

probablemente ese gesto quirúrgico hubiera evitado la complicación tardía a pesar del tratamiento adyuvante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baxter NN, Hartman LK, Tepper JE, Ricciardi R, Durham SB, Virnig BA. Postoperative irradiation for rectal cancer increases the risk of small bowel obstruction after surgery. *Ann Surg.* 2007;245:553-9.
2. Kassam Z, Lockwood G, O'Brien C, Brierley J, Swallow C, Oza A, et al. Conformal radiotherapy in the adjuvant treatment of gastric cancer: Review of 82 cases. *Int J Radiat Oncol Biol.* 2006;65:713-9.
3. Cervera M, Baixauli J, Rotellar F, Martínez Regueira F, Pardo F, Hernández JL, et al. Invaginación yeyunogástrica tras gastrectomía subtotal y gastroyeyunostomía en Y de Roux. *Cir Esp.* 2004;76:340-1.
4. Kim KH, Jang MK, Kim HS, Lee JH, Lee JY, Park JY, et al. Intussusception after gastric surgery. *Endoscopy.* 2005;37:1237-43.
5. Mason RJ, Lipham J, Eckerling G, Schwartz A, Demeester TR. Gastric electrical stimulation: An alternative surgical therapy for patients with gastroparesis. *Arch Surg.* 2005;140:841-8.

María Aranzazu García López*, David Ruiz De Angulo, M. Ángeles Ortiz, M. Luisa Martínez De Haro y Pascual Parrilla

Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aranchagarcialopez@hotmail.com (M.A. García López).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.03.007

Cáncer de esófago que simula una estenosis péptica en un paciente joven

Cancer of the oesophagus simulating a peptic stenosis in a young patient

El cáncer de esófago y la estenosis péptica son dos causas orgánicas de disfagia. Distinguir ambas enfermedades es muy importante ya que su pronóstico y tratamiento son diferentes. Una completa anamnesis, así como una endoscopia digestiva alta con toma de biopsias y un tránsito baritado, permite discernir ambas enfermedades en la mayoría de los casos. No obstante, la aparición de un cáncer infiltrante de esófago sobre una estenosis péptica o su desarrollo simulando una enfermedad benigna son hechos excepcionales pero posibles, tal y como describimos en este caso clínico.

Varón de 31 años de edad, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés, que consultó en otro centro hospitalario por disfagia. El paciente refería crisis esporádicas de disfagia baja a sólidos que solucionaba manteniéndose erguido y relajado. No presentaba regurgitaciones ni pirosis. En el otro centro se practicaron una endoscopia digestiva alta y un esofagograma en los que tan sólo se observó una pequeña hernia de hiato sin lesiones mucosas ni alteraciones en el calibre del esófago (fig. 1A). Para descartar un origen funcional se realizó una manometría esofágica estacionaria, observando un esfínter esofágico inferior hipotensivo (6 mmHg) y un 30% de ondas terciarias de amplitud normal en el esófago distal. La pH-metría ambulatoria de 24 h resultó negativa para reflujo gastroesofágico ácido patológico, por lo que el paciente fue diagnosticado de trastorno motor primario esofágico, y se prescribió tratamiento médico. Medio año después del inicio de los síntomas, ya que la

disfagia había empeorado, consultó a un neurólogo que, mediante tomografía por emisión de positrones (PET) cerebral y electroencefalograma, le diagnosticó de epilepsia focal como causa de los síntomas esofágicos. El tratamiento

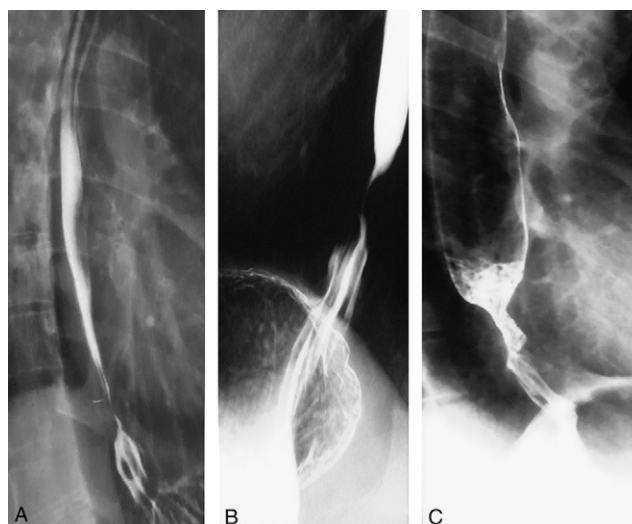


Figura 1 – A: hernia de hiato por deslizamiento. B: estenosis corta y de bordes regulares. C: estenosis esofágica de bordes irregulares sospechosa de malignidad.