

○ CASO CLÍNICO

# Tratamiento paliativo con prótesis metálicas autoexpandibles en neoplasia que obstruye el tracto de salida gástrico. Reporte de dos casos

*Palliative treatment with self-expanding metal stents in malignant gastric outlet obstruction. Report of two cases and review of the literature*

Paulo Roberto Rojas Macuil,<sup>1</sup> Yolanda Zamorano Orozco,<sup>2</sup> Luis Alvaro Mejía Cuan,<sup>2</sup> Claudia Martínez Camacho,<sup>2</sup> Miguel Angel Ramírez Ramírez,<sup>2</sup> César Antonio Rivera Nava,<sup>2</sup> Oscar Víctor Hernández Mondragón,<sup>2</sup> Xochiquetzal Sánchez Chávez,<sup>1</sup> William Montenegro Molina,<sup>1</sup> Clara Luz Martínez García.<sup>3</sup>

## Resumen

La obstrucción gastro-duodenal de origen maligno puede ocurrir en aproximadamente 20% de los pacientes con carcinoma duodenal, gástrico y pancreático. Los síntomas de obstrucción al tracto de salida gástrico ocurren en etapas avanzadas de la enfermedad caracterizados por vómito, distensión abdominal, dolor, pobre ingesta a la vía oral, en etapas avanzadas deshidratación y desnutrición. Recientemente, el tratamiento endoscópico con la colocación de prótesis

## Abstract

*Malignant gastro-duodenal obstruction occurs in approximately 20% of patients with duodenal, gastric and pancreatic carcinoma. The symptoms of gastric outlet obstruction present in advanced stages of the disease and include vomiting, abdominal fullness, pain, poor oral intake and even dehydration and malnutrition in very advanced stages. Recently, palliative treatment with self-expanding metal stents has emerged as an effective minimally invasive and cost-effective option. This technique was described for the first time by Troung, et*

<sup>1</sup>Residentes de Servicio de Endoscopia Gastrointestinal. Servicio de Endoscopia. Hospital General Regional No.1 Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro. Instituto Mexicano del Seguro Social. México DF.

<sup>2</sup>Médico adscrito al servicio de Endoscopia Gastrointestinal. Servicio de Endoscopia. Hospital General Regional No.1 Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro. Instituto Mexicano del Seguro Social. México DF.

<sup>3</sup>Jefe de Servicio de Endoscopia Gastrointestinal. Servicio de Endoscopia. Hospital General Regional No.1 Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro. Instituto Mexicano del Seguro Social. México DF.

Correspondencia: Dr. Paulo Roberto Rojas Macuil. Av. Gabriel Mancera 222. Col. Del Valle. CP 03100. México DF. Teléfono: 5639 5822 ext. 20548. Correo electrónico: R1MI@hotmail.com

metálicas autoexpandibles, son una opción terapéutica paliativa, mínima invasiva y costo efectiva adecuadas. Esta técnica fue por primera vez descrita por Troung y colaboradores en 1992, su frecuencia ha ido en aumento. Describimos el tratamiento endoscópico paliativo, en dos pacientes con neoplasia gástrica piloro-duodenal, con obstrucción al tracto de salida gástrico.

**Palabras clave:** Obstrucción tracto de salida gástrico, prótesis metálicas autoexpandibles, adenocarcinoma.

## Presentación de los casos clínicos

### Caso clínico 1

Femenino de 89 años que inició hace un año, con dolor en epigastrio acompañado de náusea. Refiere agudización de sintomatología hace dos meses, con dolor en epigastrio, poca tolerancia a la vía oral, además refiere evacuaciones melénicas intermitentes y pérdida de peso. Llega al hospital por síndrome anémico, laboratorios muestran Hemoglobina (Hb) 7.2 g/dL. Se realiza endoscopia con reporte de estenosis pilórica y extensión a duodeno, de aspecto infiltrante y de aproximadamente de cinco cm, es franqueable, se toman biopsias de zona ulcerada y friable (**Figura 1**). Por intolerancia a la vía oral, se programa para colocar prótesis enteral no cubierta metálica autoexpandible

al in 1992 and has gained increased acceptance. We describe the results of this treatment in 2 patients with gastric/duodenal carcinoma and gastric outlet obstruction.

**Keywords:** Gastric outlet obstruction, self-expanding metal stents, gastric carcinoma.

de 25 mm por 110 mm (**Figura 2**), se verifica permeabilidad con medio de contraste, lográndose éxito en su colocación (**Figura 3**).

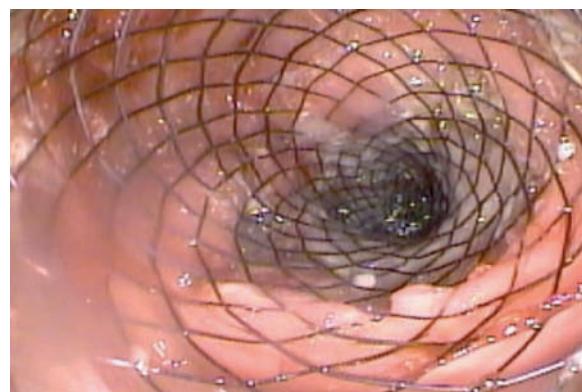
### Caso clínico 2

Masculino de 60 años de edad, con antecedente de ictericia obstructiva secundaria a tumor en la cabeza de páncreas. En el reporte de colangiografía endoscópica, se encuentra una estenosis filiforme en coléodo y la unión de hepático común de 30mm. Se decide colocación de prótesis biliar metálica autoexpandible no recubierta en marzo de 2010, con éxito de colocación y drenaje de la vía biliar del 100% (**Figura 4**). Su padecimiento reciente se caracterizaba por dolor abdominal en epigastrio, náusea, vómito de contenido gástrico y sensación de plenitud posprandial

○ **Figura 1.** Imagen endoscópica estenosis piloro-duodenal.



○ **Figura 2.** Imagen endoscópica con prótesis metálica autoexpandible en sitio de estenosis.

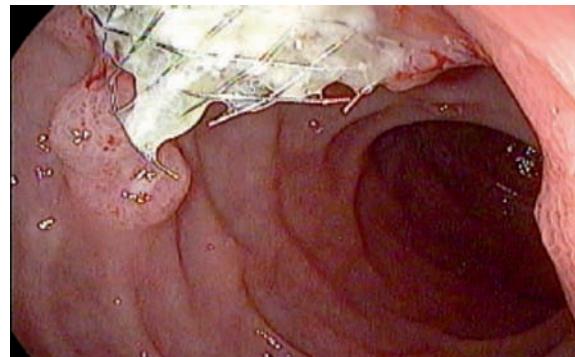




- **Figura 3.** Imagen radiológica, observando prótesis metálica autoexpandible en adecuada posición.



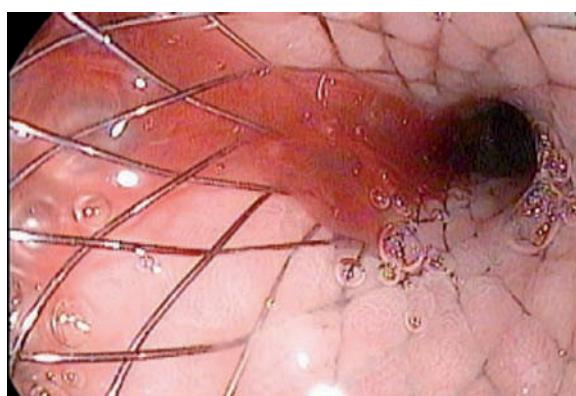
- **Figura 4.** Imagen endoscópica de duodeno observando prótesis metálica en ámpula.



inmediata. Se realizó endoscopia con reporte de estenosis a nivel duodenal, aspecto de la mucosa de tipo infiltrativo, no franqueable al paso de endoscopio, se toman biopsias. Se decide colocar prótesis metálica autoexpandible enteral no cubierta, de 20 mm por 110 mm (**Figura 5**). Se verifica permeabilidad con medio de contraste, lográndose éxito en su colocación (**Figura 6**).

Se presenta el caso de dos pacientes con estenosis a nivel píloro-duodenal, con sospecha diagnóstica y confirmación histológica de adenocarcinoma poco diferenciado, con células en anillo de sello y adenocarcinoma duodenal. El éxito en la colocación de las dos prótesis fue de 100%, el progreso clínico se determinó de acuerdo a la mejoría de la sintomatología.

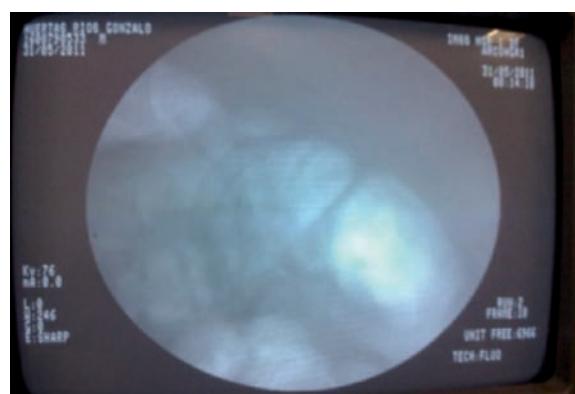
- **Figura 5.** Imagen endoscópica con prótesis metálica autoexpandible en sitio de estenosis.



## Discusión

Las indicaciones para la colocación de prótesis metálicas autoexpandibles, son la obstrucción al tracto de salida de un tumor no resecable o la recurrencia tumoral, después de una anastomosis quirúrgica, además deben tener una expectativa de vida mínima de seis meses. La presencia de perforación, peritonitis o neumoperitoneo son contraindicaciones para realizar este procedimiento. El éxito técnico se evalúa logrando la adecuada expansión y colocación de la prótesis en el sitio de obstrucción, mientras el progreso clínico se valora al mejorar los síntomas obstructivos, del tracto de salida gástrico. Mosler y colaboradores reporta un éxito técnico de 92% en 32 pacientes. Las

- **Figura 6.** Imagen radiológica observando las prótesis metálicas autoexpandibles biliar y enteral.





complicaciones de estos procedimientos se dividen en tempranas y tardías: hemorragia, migración, disfunción, impactación en la pared duodenal, entre otras, estas son las más comunes, siendo la perforación, la más grave. El tratamiento endoscópico con la colocación de prótesis metálicas autoexpandibles son procedimientos menos invasivos, tienen una tasa alta de éxito como tratamiento paliativo, en pacientes con tumores no resecables, que obstruyen el tracto de salida gástrico.

## Referencias

1. Gaidos KL, Draganov P. Treatment of malignant gastric outlet obstruction with endoscopically placed self-expandable metal stents. *World J Gastroenterol* 2009;15:4365-4371.
2. García JC. Stents for Gastric Outlet Obstruction. In: Mönkemüller K, Wilcox CM, Muñoz-Navas M. Interventional and Therapeutic Gastrointestinal Endoscopy. Frontiers Gastrointestinal Research. Vol 27. Switzerland. Basel, Karger. 2010. 174-184.
3. Marie F, Hammel P, Ponsot Ph, et al. Long-term outcome of biliary and duodenal stents in palliative treatment of patients with unresectable adenocarcinoma of the head of the pancreas. *Am J Gastroenterol* 2006;101:735-742.
4. Maetani I, Tada T, Ukitate T, et al. Comparison of duodenal stent placement with surgical gastrojejunostomy for palliation in patients with duodenal obstruction caused by pancreaticobiliary malignancies. *Endoscopy* 2004;36:73-78.

