



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-070 - CONSECUENCIAS DE UNA INDICACIÓN LÍMITE EN CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA: CÁNCER GÁSTRICO DIFUSO

Bosch Ramírez, Marina; Díaz Lara, Carlos; Oller Navarro, Inmaculada; Díez Tabernilla, María; Fernández Candela, Alba; Curtis Martínez, Carolina; Triguero Cánovas, Daniel; Barreras Mateos, Jose Antonio

Hospital General Universitario, Elche.

Resumen

Introducción y objetivos: El adenocarcinoma gástrico representa el 90% de las neoplasias gástricas. A su vez, el 50% de estos son de tipo intestinal, relacionado con los clásicos factores de riesgo: sexo masculino, infección por *H. pylori*, tabaquismo, gastritis atrófica, antecedente de gastrectomía parcial, entre otros. Otro 20% es de tipo mixto, mientras que el 30% restante es de tipo difuso (o células en anillo de sello), que se caracterizan por aparecer en mujeres jóvenes, ser menos diferenciados, y por ello más agresivos y con peor pronóstico. El objetivo de este caso es plantear como puede influir la toma de decisiones diagnóstico-terapéuticas en situaciones y pacientes límite, basadas en la experiencia en un caso reciente.

Caso clínico: Paciente mujer de 30 años, con diagnóstico de adenocarcinoma difuso en píloro cT4aN0M0, HER-, muy sintomática por obstrucción gástrica tumoral. En el comité de tumores multidisciplinar se valora la colocación de prótesis y QT neoadyuvante con pauta DCF, y cirugía en un segundo tiempo. Al tratarse de una paciente joven, sin otros antecedentes, que favorecía una buena tolerancia a una pauta agresiva quimioterápica (docetaxel, cisplatino, 5-FU), finalmente se aceptó dicho abordaje. La paciente disfruta de una tolerancia oral inicial buena, que permite completar QT neoadyuvante, aunque progresivamente empeora hasta requerir nutrición enteral vía SNY. A su llegada a quirófano, y tras descartar laparoscópicamente presencia de carcinomatosis peritoneal, se objetiva infiltración masiva de prótesis por la neoplasia, ocupando hasta primera porción duodenal. Este hallazgo obliga a realizar una duodenopancreatectomía cefálica de necesidad. El postoperatorio inmediato cursa sin incidencias, y se completa QT adyuvante con recidiva de enfermedad a nivel hepático a los 6 meses. Las indicaciones actuales para el uso de prótesis en obstrucciones malignas gastroduodenales son el cumplimiento de tres condiciones: estenosis tumoral sintomática, esperanza de vida 2-6 meses y exclusión de tratamiento quirúrgico curativo del tumor. A diferencia de las prótesis en cirugía colorrectal, no existe en la actualidad indicación de colocación de prótesis como puente a cirugía en el cáncer gástrico. Una alternativa podría ser la gastroyeyunostomía de alimentación, que presenta una tasa de éxito clínico menor, con mayor estancia hospitalaria, y menor alivio sintomático respecto a la primera, según STUNENT study, aunque los pocos estudios al respecto se basan en pacientes con tumores irresecables. La medicina centrada en el paciente ha supuesto una mejoría global indiscutible para el tratamiento médico y quirúrgico. Pese a ello, en algunas ocasiones, puede sobrepasarse el límite de la indicación, la cual puede conllevar a complicaciones graves e incluso el fallecimiento del paciente. Por ello, es

importante recordar la importancia de una indicación personalizada, pero dentro de unos estándares de calidad.



Discusión: En cirugía esofagogástrica, una indicación límite puede conllevar una mayor morbimortalidad perioperatoria, sin aportar beneficio ni mejorar los resultados obtenidos. Es

primordial adaptar las decisiones terapéuticas individualmente, siempre basándonos en la evidencia actual y consensuado en un comité multidisciplinar.