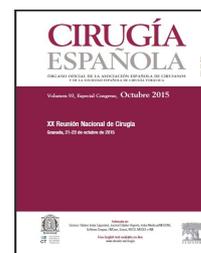




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-180 - Perforación gástrica como primera manifestación de un linfoma

García Gutiérrez, Virginia; Gil-Diez López-Maroto, Danae; Ortiz Aguilar, Manuel; Supelano Eslait, Guillermo; Ortega García, Ricardo; Cristóbal Uriol, Blanca; Lomas Espadas, Manuel; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Objetivos: Describir el caso clínico de un paciente con diagnóstico de perforación gástrica secundaria a un linfoma.

Caso clínico: Paciente de 83 años, trasladado de otro centro tras dos intervenciones quirúrgicas (21 días de ingreso). El paciente fue sometido a una intervención quirúrgica por una perforación gástrica (1ª cirugía): hallazgo de una úlcera perforada localizada en la curvatura mayor gástrica, realizándose cierre primario tras la resección de los bordes. El 10º día postoperatorio se reinterviene por dehiscencia de la sutura, realizándose nueva sutura y dejándose dos drenajes. Cuando se evalúa en nuestro centro, mantiene los drenajes con salida de líquido purulento y un orificio fistuloso en la zona superior de la laparotomía que drena el mismo contenido. Se realiza TC abdominal: presencia de una fístula gastro-cutánea, con una colección de pequeño tamaño bajo la laparotomía. El resultado de la A.P.: pared gástrica con linfoma de bajo grado. Completa el tratamiento erradicador de *H. pylori*. Presenta una evolución tórpida posterior, por lo que se decide realizar una intervención quirúrgica programada: antrectomía que incluye el trayecto fistuloso y reconstrucción en Y Roux. En la A.P. de la pieza quirúrgica: antro gástrico y fístula gastrocutánea con linfoma B de bajo grado. Postoperatorio marcado por episodios de vómitos los primeros 7 días y una infección de orina. En el seguimiento, se realiza gastroscopia a los 2 meses de la cirugía, con resultado de la biopsia: linfoma B de bajo grado. Por parte de Hematología, se completa el tratamiento con rituximab.

Discusión: El estómago es la localización más frecuente del linfoma no Hodgkin extraganglionar, pero el linfoma gástrico primario sólo representa el 5% de las neoplasias gástricas malignas. La mayoría de los linfomas gástricos (90%) aparecen en personas infectadas por *H. pylori*, en nuestro paciente no existió la confirmación. La perforación gástrica secundaria a un linfoma es una complicación muy poco frecuente (fue el debut en el caso clínico presentado), siendo las manifestaciones más frecuentes inespecíficas (náuseas, vómitos, dispepsia). La gastroscopia tiene un papel fundamental en el diagnóstico y el seguimiento. La confirmación del diagnóstico se realizará mediante el estudio histológico. La TC es la prueba ideal para el diagnóstico de la perforación gástrica, pero poco específica para determinar la etiología neoplásica. La ecoendoscopia es la técnica más precisa para establecer el grado de invasión de la pared e identificar adenopatías perigástricas. El tratamiento erradicador del *H. pylori* es el tratamiento de elección en los linfomas gástricos, hasta en un 80% de los casos se consigue la remisión. Este tratamiento es suficiente para

los estadios iniciales, en nuestro caso el paciente tiene un linfoma MALT gástrico IIE1. Para el seguimiento, se recomiendan revisiones periódicas endoscópicas. Si el tratamiento no consigue la curación en 1 año, se deberán considerar otras opciones (quimioterapia, radioterapia o cirugía). La mayoría de autores recomiendan seguimiento endoscópico de por vida. El pronóstico es bastante bueno (80-90% de supervivencia a los 5 años) y en raras ocasiones se recurre a la cirugía para su tratamiento.