



P-185 - MANEJO QUIRÚRGICO DEL PRIMER CASO PUBLICADO DE FÍSTULA GASTROHEPÁTICA POR LINFOMA GÁSTRICO

Sobrino Brenes, Lorena¹; Martínez Caballero, Javier²; Navarro Fajardo, David²; Lavin Montoro, Lucia²; Vázquez Beltrán, Pablo²; Vale Olmo, Yara²; Ferrero Herrero, Eduardo²; Rodríguez Cuellar, Elías²

¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Objetivos: Presentar el primer caso descrito de fístula gastrohepática secundaria a linfoma gástrico B difuso de células grandes (LBDCG) y el tratamiento quirúrgico de esta complicación.

Caso clínico: Varón de 76 años que acude a urgencias por epigastralgia y fiebre de 48 horas de evolución asociado a síndrome constitucional con pérdida de 15 kg en los últimos 2 meses. La exploración física es anodina, sin datos de sepsis. La TC de abdomen urgente informa de una posible neoplasia gástrica perforada con un absceso subyacente y fístula al lóbulo hepático izquierdo (segmentos II-III). Dada la estabilidad clínica, se decide manejo conservador con antibioterapia, dieta absoluta e ingreso para completar estudio. Al ingreso presenta anemia (Hb 6,5 g/dL), albúmina 2,3 g/dL y prealbúmina 8 mg/dL. En la gastroscopia se describe una neoplasia gástrica Bormann III que se extiende a lo largo de toda la curvadura menor con una gran excavación correspondiente a la fístula descrita en la TC y múltiples implantes a nivel duodenal. Las biopsias confirman el diagnóstico de LNH B difuso de células grandes variante centro germinal. El estudio de extensión mediante PET-TC informa de afectación extranodal a nivel pulmonar en suelta de globos, renal e intestino delgado. El estudio de médula ósea sugiere infiltración por síndrome linfoproliferativo B de bajo grado, mientras que la RMN cerebral y la punción lumbar son negativas. Finalmente, el paciente es diagnosticado de un LBDCG estadio IVb. Dada la presencia de perforación gástrica y una posible fístula gastro-hepática y el alto riesgo de complicaciones al iniciar la quimioterapia, se decide en comité intervención quirúrgica tras optimización preoperatoria mediante corrección de la anemia, nutrición parenteral por desnutrición y prefase con un bolo de metilprednisolona 100 mg. Se lleva a cabo una resección en bloque mediante gastrectomía total y hepatectomía atípica de los segmentos II-III con reconstrucción en Y de Roux y resección intestinal por un implante con afectación de la serosa con elevado riesgo de perforación. El posoperatorio transcurre sin incidencias y se inicia quimioterapia con esquema R-CHOP a los 11 días, sin complicaciones hasta la fecha. La anatomía patológica describe una infiltración desde la serosa hasta la mucosa por una proliferación neoplásica linfoide de patrón difuso que se extiende e infiltra el parénquima hepático adyacente, así como el área de solución de continuidad de 5 cm entre ambas estructuras. Las células linfoides neoplásicas son de fenotipo B (CD20, PAX5, CD19+) y expresan BCL6. El índice de proliferación (MIB1) es elevado (próximo al 85%). No hay evidencia de infiltración neoplásica en el margen hepático. La mucosa gástrica conservada muestra leve-moderado infiltrado linfoplasmocitario, con leve atrofia y metaplasia intestinal leve sin evidencia de *H. pylori* con técnica

de Giemsa.

Discusión: La fístula gastro-hepática es una complicación no descrita previamente del LNH tipo B que puede requerir tratamiento quirúrgico con resección en bloque para evitar el riesgo de sepsis abdominal o biliar tras iniciar la quimioterapia.