



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-155 - ADENOCARCINOMA DE PLASTIA GÁSTRICA DESPUÉS DE ESOFAGUECTOMÍA IVOR-LEWIS FALLIDA Y POSTERIOR COLOPLASTIA RETROESTERNAL TRAS INGESTA DE CÁUSTICOS

Torres Alfonso, José Ramón; López Rojo, Irene; Posada González, María; Restrepo, Rafael; Salcedo, Gabriel; Vorwald, Peter W.; García-Olmo, Damián

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Introducción: La ingesta de cáusticos es un factor de riesgo para el desarrollo de carcinoma de esófago. El estómago también puede verse afectado, aunque su degeneración maligna es altamente infrecuente. Actualmente persiste la controversia sobre la necesidad de extirpación profiláctica de las estructuras afectadas debido a su potencial riesgo de malignización.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 62 años con antecedente de ingesta de cáusticos en la infancia. A los 27 años se le realiza una esofaguectomía tipo Ivor-Lewis abierta. Sin embargo desarrolla un intenso reflujo ácido, lo que obliga a realizar una coloplastia de colon transversal isoperistáltica retroesternal a 32 años. Posteriormente y debido en esta ocasión a la aparición de reflujo biliar, se decide derivar la coloplastia a un asa de intestino delgado en Y de Roux. Hace 9 meses debuta con un derrame pleural, siendo diagnosticada de una masa mediastínica que finalmente confirma la presencia de un adenocarcinoma de células en anillo de sello sobre la plastia gástrica que quedaba excluida en el mediastino. Inicia tratamiento con quimioterapia neoadyuvante (esquema EOX), sin apenas respuesta, planteándose a continuación la cirugía. Se decide un abordaje mediante toracotomía derecha y laparotomía subcostal bilateral con ampliación a xifoides. En el tórax se libera la plastia gástrica tumoral de la vena pulmonar inferior, de la aorta y de la vena cava, y se secciona el extremo proximal de esófago excluido en mediastino superior con endograpadora. En el abdomen tras una importante liberación de adherencias por las 3 cirugías abdominales previas, y con especial precaución para preservar el pedículo vascular de la coloplastia, se accede al hiato esofágico, que se encuentra completamente ocupado por el tumor. Se diseña la tumoración, separándola del lóbulo hepático izquierdo, lo que permite realizar una frenotomía para poder liberar la tumoración a nivel del mediastino inferior. Se secciona la tumoración en su vertiente distal a nivel antropilórico con una endograpadora, para finalmente extraer la pieza desde el abdomen. Posteriormente se reconstruye el hiato cerrando los pilares diafragmáticos. Durante el postoperatorio la paciente presenta un distrés respiratorio que obliga a una nueva intubación. Se realiza una traqueostomía precoz para soporte respiratorio y recibe nutrición enteral mediante una sonda de alimentación. La paciente mejora de forma progresiva y es dada de alta a los 21 días de la intervención. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico con células en anillo de sello ypT3ypN1 (1 de 5 ganglios afectados) con márgenes libres. Actualmente la paciente se encuentra recibiendo quimioterapia adyuvante.

Discusión: Este caso nos debe alertar no sólo sobre el potencial riesgo de malignización del esófago o el estómago tras la ingesta de cáusticos, sino sobre el riesgo que representan las estructuras digestivas aisladas del tubo digestivo, principalmente por el problema diagnóstico que plantean por su difícil accesibilidad. Consideramos que en estos casos se debe valorar la opción de extirpación profiláctica de las mismas.