



VC-047 - ÚLCERA GÁSTRICA PERFORADA: ANTRECTOMÍA Y REPARACIÓN BILLROTH 2 LAPAROSCÓPICA

Mártín Ramos, Yolanda; Martínez Galilea, María; García Tricio, Enrique; Herrero Fabregat, Adrian; García Tejero, Aitana

Hospital San Pedro de la Rioja, Logroño.

Resumen

Objetivos: Describir el tratamiento quirúrgico urgente en paciente que presenta perforación gástrica y peritonitis purulenta difusa, al que se le realiza una cirugía de control de daños con antrectomía y reconstrucción Billroth 2 laparoscópicas. Los cuidados posoperatorios se centraron en la prevención de las complicaciones posquirúrgicas y la prevención de la recurrencia.

Caso clínico: Paciente varón de 77 años que acude a Urgencias por dolor abdominal y vómitos de 5 días de evolución. En la analítica sanguínea destaca hemoglobina de 10 g/dL, presentando reactantes de fase aguda dentro de rango de normalidad. Se realiza TAC toracoabdominal en el que se observa hernia de hiato grado IV conteniendo estómago y ángulo esplénico de colon, así como aire libre en el interior del saco herniario y neumoperitoneo en resto de cavidad abdominal. Dados los hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente ante la sospecha de hernia de hiato complicada con perforación de víscera hueca. Mediante acceso laparoscópico, se objetiva tumoración gástrica de unos 5 cm a nivel de incisura angularis, con perforación en cara anterior de esta, dicha tumoración se continúa hacia cara posterior gástrica. Se realiza antrectomía incluyendo la práctica totalidad de la tumoración gástrica descrita, manteniendo cara posterior que se encuentra íntimamente adherida a la glándula pancreática. Dada la inestabilidad progresiva del paciente se decide realizar una reconstrucción tipo Billroth 2, confeccionándose una anastomosis gastroyeyunal lineal mecánica, así como la abstención de reparación quirúrgica de la hernia de hiato. Se presenta el caso de un paciente con una peritonitis difusa por perforación a nivel de tumoración de gran tamaño a nivel de incisura angularis con penetración hacia páncreas en cara posterior todo ello asociado a hernia de hiato gigante que contiene fundus y cuerpo gástrico. El tratamiento quirúrgico de urgencia que consideramos más seguro, implicó la antrectomía laparoscópica sin resección de la cara posterior gástrica adherida al páncreas. A pesar de la sospecha de malignidad, dado el aspecto pétreo de la lesión, la situación de urgencia e inestabilidad del paciente priorizó la cirugía de control de daños. El informe de la anatomía patológica de la pieza describe una úlcera gástrica perforada sin evidencia de células malignas, con gastritis crónica con focos de metaplasia intestinal completa y bacilos *Helicobacter pylori*. Durante el posoperatorio inmediato en UMI el paciente recibe antibioterapia de amplio espectro, inhibidores de la bomba de protones y descompresión con sonda nasogástrica. Posteriormente se reintroduce la dieta oral sin incidencias y precisa de transfusiones sanguíneas por anemia sin repercusión hemodinámica. Ante los resultados de anatomía patológica se completó de manera ambulatoria la pauta con inhibidores

de la bomba de protones y el tratamiento erradicador del *Helicobacter pylori*.

Discusión: El 70% de las úlceras gástricas se asocian a *H. pylori*, de estas el 5% asocian un cáncer gástrico. La reparación quirúrgica inicial mínimamente invasiva, los cuidados posoperatorios inmediatos para prevenir la sepsis y el tratamiento ambulatorio con IBP y la erradicación del *H. pylori* es la estrategia de manejo más segura y correcta en pacientes con úlcera gástrica perforada.