



## VC-050 - MANEJO LAPAROSCÓPICO DE LA OBSTRUCCIÓN AGUDA DEL TRACTO DE SALIDA GÁSTRICO

*Homs Samsó, Roger; Cambeiro Cabré, Lorena; Norte García, Andrea; Ballester Vázquez, Eulàlia; Julià Verdager, Elisabet; Medrano Caviedes, Rodrigo; Moral Duarte, Antonio; Fernández Ananín, Sonia*

*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.*

### Resumen

**Introducción:** El síndrome de obstrucción del tracto de salida gástrico es una entidad resultante de cualquier patología que impide el vaciamiento gástrico, ya sea mecánica o funcional. Históricamente la mayoría de casos se debían a patología ulcerosa, pero con la introducción de los Inhibidores de la bomba de protones actualmente la patología predominante es la cancerosa, que habitualmente se presenta de forma insidiosa. No obstante, hay casos excepcionales en que los pacientes pueden presentar cuadros agudos debidos a patologías poco frecuentes y que precisan tratamiento urgente.

**Casos clínicos:** Caso 1: mujer de 76 años con antecedentes de HTA e intervenida de Funduplicatura de Nissen vía robótica por hernia de hiato un año antes, la cual había presentado recurrencia de la misma y estaba pendiente de reintervención. Consulta en Urgencias por cuadro de dolor torácico atípico más insuficiencia respiratoria y vómitos. En la radiografía de tórax se observa ocupación del hemitórax izquierdo por cambrá gástrica con desplazamiento mediastínico. Se realiza TC toraco-abdominal que informa de hernia hiatal gigante con contenido de todo el estómago en cavidad torácica, el cual se encuentra volvulado y con signos de sufrimiento. Se realiza intervención quirúrgica mediante abordaje laparoscópico, observando herniación de todo el estómago hasta región pilórica. Se procede a reducción del contenido y se evidencia que la mayor parte del cuerpo y fundus gástrico presenta signos de isquemia transmural, por lo que se decide conversión a cirugía abierta y realización de gastrectomía total con anastomosis esófago-yeyunal y reconstrucción en Y de Roux. Caso 2: antecedente quirúrgico de hernioplastia inguinal bilateral. Consulta en Urgencias por cuadro de 48 horas de evolución de dolor torácico y náuseas. Se realiza radiografía de tórax, donde se observa estómago parcialmente herniado a cavidad torácica, y TC abdominal en el que se describe hernia diafragmática anterior izquierda con fundus y cuerpo gástrico herniado y asociado a doble cambio de calibre a nivel del cuello y con sospecha de encarceración. Se decide intervención quirúrgica urgente mediante abordaje laparoscópico, con evidencia de hernia diafragmática anterior izquierda-adyacente a hiato esofágico-, con contenido de estómago encarcerado. Se procede a reducción del contenido de la hernia, observando signos de sufrimiento de fundus gástrico, pero sin isquemia transmural ni hipoperfusión tras comprobación con verde de indocianina por lo que no se realiza resección. Se procede a cierre del defecto con sutura continua barbada no reabsorbible y se deja drenaje.

**Discusión:** Los cuadros agudos de oclusión gástrica son infrecuentes y en ocasiones es necesaria

una intervención quirúrgica urgente. El abordaje mínimamente invasivo es una opción segura y factible en manos expertas, y que ofrece la posibilidad de disminuir la morbimortalidad de estos casos.