

ESTENOSIS DUODENAL POR RECIDIVA DE ADENOCARCINOMA RENAL TRATADA CON ENDOPRÓTESIS

M. Muñoz García-Borrue1, E. Moreno-Rincón1, I. Pérez-Medrano1, Á. González-Galilea1,
A.J. Hervás-Molina1, C. Gálvez-Calderón1, J.M. Gallardo-Valverde2

¹Servicio de Aparato Digestivo. ²Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen

La obstrucción del orificio de salida gástrico de origen maligno se define como la incapacidad del estómago para realizar su vaciamiento debido a una obstrucción mecánica a nivel gástrico distal o a nivel proximal del intestino delgado de naturaleza neoplásica

Presentamos el caso de un paciente que desarrolló una obstrucción duodenal por infiltración tumoral secundaria a una recidiva local de una neoplasia renal, que fue resuelta satisfactoriamente mediante una endoprótesis colocada por vía endoscópica.

Palabras clave: Obstrucción del orificio de salida gástrico, obstrucción duodenal, gastroyeyunostomía, endoprótesis, prótesis autoexpandibles

Abstract

Malignant gastric outlet obstruction is defined as the stomach inability to perform its emptying due to mechanical obstruction by gastric, duodenal or metastatic malignancies.

We report the case of a patient who developed a duodenal obstruction caused by a tumoral infiltration secondary to a local recurrence of a renal neoplasm, satisfactorily solved by a endoprosthesis placed endoscopically.

Key words: Gastric outlet obstruction, duodenal obstruction, gastrojejunostomy, endoprosthesis, self-expandable prosthesis.

Introducción

La obstrucción del orificio de salida gástrico es una complicación tardía pero frecuente en gran variedad de tumores del aparato digestivo. La cirugía ha sido tradicionalmente el tratamiento de elección para lograr la restauración del tránsito. Sin embargo, actualmente la colocación de endoprótesis por vía endoscópica se considera una alternativa con buenos resultados y menor morbi-mortalidad en casos seleccionados, por lo que debe ser una opción a tener en cuenta.

CORRESPONDENCIA

María Muñoz García-Borrue1
Hospital Universitario Reina Sofía, Servicio de Aparato Digestivo.
Avda. Menéndez Pidal s/n. Córdoba.
Teléfono fijo: 609568571
Teléfono móvil: 609568571
mmgb_badajoz@yahoo.es



Figura 1 Endoscopia digestiva alta. Lesión excremente, ulcerada e infiltrativa desde segunda a tercera porción duodenal.



Figura 3 Tránsito gastroduodenal con contraste. Estenosis de unos 5-6cm de longitud de aspecto maligno a nivel de segunda y tercera porción duodenal.

Caso Clínico

Varón de 77 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, hipercolesterolemia, intervenciones quirúrgicas por estrechamiento de canal medular L2-L4, carcinoma epidermoide de cuerda vocal derecha e insuficiencia renal crónica residual secundaria a nefrectomía derecha radical por adenocarcinoma renal de células claras (diagnosticado cinco meses antes de la clínica actual), que acudió al hospital por objetivar su médico de atención primaria anemia en rango transfusional (hemoglobina 5,9 g/dL, hematocrito 18,8%, VCM 88), asociada a clínica de astenia progresiva con dolor abdominal difuso desde hacía una semana. En la exploración física, a nivel abdominal no se detectó la presencia de masas ni visceromegalias, pero sí se objetivó la presencia de heces melénicas en ampolla rectal, por lo que se inició el estudio con una endoscopia digestiva alta (Figura 1), que demostró a nivel de segunda porción duodenal una lesión excremente y ulcerada que ocupaba casi la mitad de la

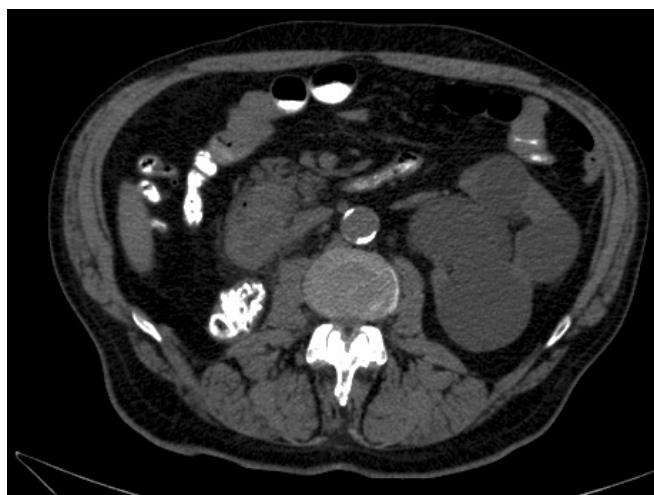


Figura 2 TAC toraco-abdomino-pélvica. Engrosamiento focal de pared posterior de segunda porción duodenal, con disminución del calibre de la luz.

luz, de aspecto infiltrativo, que se extendía hasta la tercera porción duodenal, friable a la toma de biopsias.

Se inició un estudio de extensión a la espera del resultado histológico, con la realización de una TAC toraco-abdomino-pélvica (Figura 2), que objetivó un engrosamiento focal de la pared posterior de la segunda porción duodenal que se extendía hasta tercera porción, con crecimiento intraluminal que provocaba una disminución del calibre de la luz. Los hallazgos eran sugestivos de recidiva o metástasis del tumor renal derecho, pero sin poder descartar que se tratase de un tumor primario duodenal.

Se completó el estudio con un tránsito gastroduodenal con contraste para descartar lesiones obstructivas a otro nivel (Figura 3), y en el que se objetivó una estenosis a nivel de segunda-tercera porción duodenales, de unos 5-6 cm de longitud y aspecto maligno, sin retención de contraste. Por último, un PET que definió una lesión hipermetabólica a ese nivel (SUVmáx 9,37), con alta probabilidad de malignidad, sin más lesiones a otro nivel (Figura 4).

Tras el estudio de extensión, el patrón histológico inmunohistoquímico fue altamente compatible con recidiva o metástasis del carcinoma renal previo. Se presentó el caso en una sesión multidisciplinar con Cirugía General y Oncología, desestimándose inicialmente el tratamiento quirúrgico paliativo dada la ausencia de sintomatología obstructiva y considerándose como mejor opción el tratamiento quimioterápico.

Tras dos meses de evolución con presencia de exteriorizaciones hemorrágicas de forma intermitente y necesidad de transfusiones sanguíneas frecuentes, el paciente ingresó de nuevo, esta vez por clínica compatible con retención gástrica secundaria a obstrucción, con aumento del dolor abdominal y vómitos persistentes, objetivándose en TAC de control (Figura 5) un claro aumento de tamaño de la masa duodenal con respecto a las pruebas previas (hasta 7,5cm de diámetro), con una estenosis de la luz intestinal y una dilatación proximal de duodeno, bulbo y estómago.

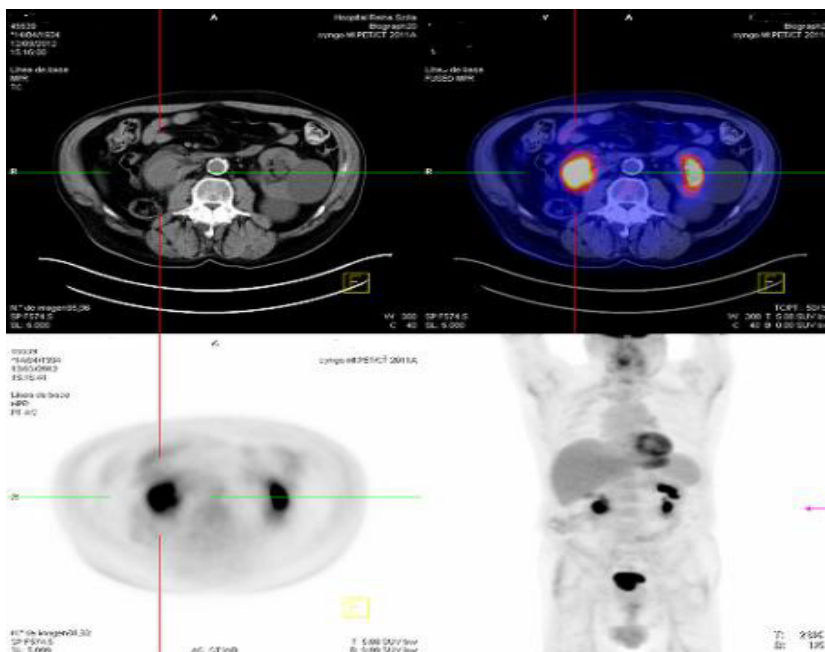


Figura 4 Tomografía por emisión de positrones. Lesión hipermetabólica (SUVmáx 9,37) en segunda-tercera porción duodenal, probablemente maligna.

Dada la progresión de la enfermedad y el mal pronóstico a corto plazo, se decidió evitar una cirugía derivativa y colocar una endoprótesis por vía endoscópica (Figuras 6A, 6B) con intención paliativa. El paciente ha requerido transfusiones sanguíneas periódicas por lo que está recibiendo actualmente tratamiento radioterápico hemostático paliativo.

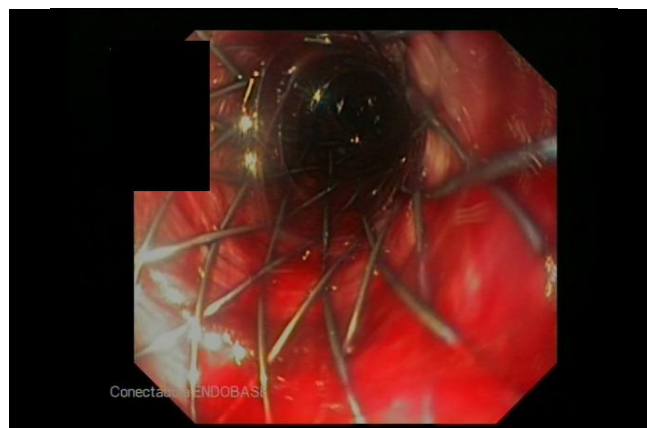


Figura 5 TAC toraco-abdomino-pélvica de control. Aumento de tamaño de la masa abdominal (hasta 7,5cm de diámetro).

Figuras 6A, 6B Colocación de endoprótesis vía endoscópica.

Discusión

La obstrucción del orificio de salida gástrico es una complicación tardía que se presenta en gran variedad de tumores de distintos órganos (páncreas, estómago, duodeno, ampolla de Vater, colangiocarcinoma y metástasis), siendo el cáncer de páncreas la causa más frecuente; en cambio, su desarrollo por metástasis de adenocarcinoma renal, como en nuestro caso, es muy poco habitual¹. La clínica de estos pacientes se caracteriza por intolerancia oral con náuseas y vómitos incoercibles, dolor abdominal, pérdida de peso, malnutrición y deshidratación;. En el caso de provocar obstrucción biliar, es frecuente que aparezca además ictericia. Estos síntomas se asocian en muchas ocasiones a los de la propia enfermedad avanzada o a los efectos secundarios de la quimioterapia o radioterapia, por lo que es frecuente que esta entidad se infradiagnostique.

Para realizar el diagnóstico, debemos basarnos en una anamnesis completa, examen físico, pruebas de imagen y hallazgos endoscópicos. En las pruebas de imagen como la radiografía de abdomen, se puede observar un aumento de la cámara gástrica con dilatación del duodeno proximal y escasa cantidad de aire en intestino delgado. El tránsito gastrointestinal con bario o contraste hidrosoluble es una prueba muy útil que nos permite conocer la localización y gravedad de la obstrucción. La TAC abdominal también nos muestra un estómago distendido, con duodeno proximal dilatado e ID distal descomprimido, así como la propia lesión causante de la obstrucción. Sin embargo, es la endoscopia la exploración de referencia en el diagnóstico de esta enfermedad, ya que permite una visualización directa de la lesión, conocer su naturaleza, localización y la toma de biopsias.

El objetivo terapéutico principal en estos pacientes es paliar la obstrucción gastroduodenal y restablecer la alimentación oral restaurando la continuidad gastrointestinal. Teniendo en cuenta que las resecciones curativas no son posibles en un alto porcentaje de casos (hasta en el 80-90% de los tumores pancreáticos), es necesario disponer de alternativas terapéuticas paliativas que logren mejorar la calidad de vida del paciente

El tratamiento estándar hasta hace algunos años ha sido la cirugía, tanto abierta como por laparoscopia, pero debido a la alta morbi-mortalidad asociada y a que la gastroyeyunostomía no consigue resultados satisfactorios en pacientes con enfermedad avanzada, se tiende a optar por otras medidas más conservadoras como el uso de prótesis endoscópicas. La efectividad global de la cirugía en los pacientes con obstrucción del orificio de salida gástrico de origen maligno es limitada. La propia agresividad del procedimiento quirúrgico en pacientes con una situación clínica de por sí deteriorada, provoca una lenta recuperación postoperatoria, en la que no es infrecuente el desarrollo de complicaciones derivadas de la intervención. Por otra parte, hasta el 20% de los pacientes sometidos a una gastroyeyunostomía desarrollan un retraso en el vaciamiento gástrico como complicación tardía, que aumenta hasta en un 57% en los pacientes con obstrucción maligna².

Mittal y colaboradores³ realizaron un estudio retrospectivo comparando tres métodos paliativos en pacientes con obstrucción tumoral del vaciamiento gástrico: la gastroyeyunostomía abierta, la gastroyeyunostomía por laparoscopia y el uso de prótesis

endoscópica. Se incluyeron un total de 181 pacientes con síndrome pilórico de etiología maligna, de todos ellos, únicamente a 56 se les realizó gastroyeyunostomía abierta, a 14 gastroyeyunostomía por laparoscopia y a 16 colocación de prótesis endoscópica en píloro. Se compararon teniendo en cuenta el riesgo anestésico (clasificación ASA), edad y nivel de la obstrucción. En el grupo sometido a colocación de prótesis se encontraron estancias hospitalarias más cortas y restitución más rápida de la vía oral. En el grupo de gastroyeyunostomía quirúrgica se encontró un mayor número de complicaciones, la mayoría relacionadas con la cirugía.

Igualmente en la serie de Chandrasegaram y colaboradores² de pacientes con obstrucción neoplásica, la colocación de endoprótesis endoscópica fue superior en términos de menor estancia hospitalaria, rapidez en la restauración de la alimentación oral y reducción de la morbi-mortalidad.

Un algoritmo terapéutico útil en la práctica clínica sería, en los pacientes con tumores potencialmente resecables, realizar la resección quirúrgica; si en el momento de la intervención se descubre que el tumor es irresecable pero está localizado y el paciente presenta un buen estado funcional, la gastroyeyunostomía es probablemente la mejor opción. Por el contrario, si se desestima la cirugía por enfermedad avanzada, patología asociada o deterioro significativo del estado general, la colocación de una endoprótesis parece la opción más idónea. Debe descartarse la existencia de obstrucciones a distintos niveles y de carcinomatosis peritoneal, ya que en estos casos el pronóstico se ensombrece y el paciente puede ser subsidiario de sólo una nutrición enteral o parenteral. El coste económico no debe considerarse como un factor determinante a la hora de decidir sobre el tipo de tratamiento; si bien es cierto que la gastroyeyunostomía tiene un coste total superior a la colocación de endoprótesis, tanto en costes directos como indirectos especialmente por la estancia hospitalaria, la diferencia no es relevante como para condicionar la elección⁴.

Un importante aspecto a considerar antes de decidir el tratamiento paliativo con prótesis es si hay o no compromiso biliar. Cuando en la vía biliar se ha colocado una endoprótesis, las características de ésta son importantes. Si hay una prótesis de plástico, debe ser cambiada por una metálica antes de la colocación de la prótesis gastroduodenal⁵. En el caso de que exista compromiso biliar y gastroduodenal simultáneamente, primero se coloca la prótesis biliar y luego la gastroduodenal. Si no hay obstrucción biliar en el momento de colocar la prótesis gastroduodenal, se podría poner de manera profiláctica una prótesis biliar metálica.

La efectividad de la endoprótesis, en términos de tasa de complicaciones y permeabilidad, depende de la elección del tipo de prótesis. La migración, perforación y el crecimiento intraluminal tumoral son factores determinantes en el resultado del procedimiento endoscópico. En los últimos años se han creado prótesis de diversos materiales y tamaños; las prótesis cubiertas presentan una alta tasa de migración, y las no cubiertas se obstruyen con más frecuencia. Independientemente del tipo de prótesis enterales, el principio básico para tomar la decisión de colocarlas consiste en evaluar en forma individualizada al paciente y las características de la estenosis.

Las complicaciones inmediatas relacionadas con el procedimiento terapéutico endoscópico son poco frecuentes (5-7%) y pueden ser la hemorragia, la perforación, la migración temprana o la disfunción de la prótesis⁵. En el caso de migración o disfunción de la prótesis, se puede manejar endoscópicamente removiendo la prótesis y colocando otra. Las complicaciones tardías ocurren en menos del 20% de los casos. Las más frecuentes son la migración de la endoprótesis y la obstrucción por crecimiento tumoral o por alimentos. El manejo endoscópico puede realizarse mediante la colocación adicional de otra prótesis⁵.

Gracias al desarrollo de la técnica endoscópica y de los materiales protésicos, el uso de endoprótesis colocadas por vía endoscópica debe considerarse de elección como tratamiento paliativo de pacientes con obstrucción del orificio de salida gástrico no candidatos a cirugía resectiva como fue nuestro caso. Globalmente el tratamiento endoscópico puede considerarse más coste-efectivo que la gastroyeyunostomía, con menor estancia hospitalaria y morbi-mortalidad más reducida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brimhall, B; Douglas, GA. Enteral stents for malignant gastric outlet obstruction. *Gastrointest Endoscopy Clin N Am*. 2011; 21(3): 389-403.
2. Chandrasegaram, MD; Eslick, GD; Mansfield, CO; Liem, H; Richardson, M; Sulman, A; et al. Endoscopic stenting versus operative gastrojejunostomy for malignant gastric outlet obstruction. *Surgical Endoscopy*. 2012; 26: 323-329.
3. Mittal A, Windsor J. et al. Matched study of three methods for palliation of malignant pyloroduodenal obstruction. *Br J Surg*. 2004; 91: 205-9.
4. Moura, EG; Ferreira, FC; Cheng, S; Moura, DT; Sakai, P. Duodenal stenting for malignant gastric outlet obstruction: prospective study. *World J Gastroenterol*. 2012; 18(9): 938-943.
5. Castaño Llano, R. Técnicas en stents gastrointestinales endoscópicos: cómo, cuándo, manejo de complicaciones, selección del stent y costos. *Rev Col Gastroenterol* 2012; 27(1): 32-44