

Cáncer gástrico después de la cirugía bariátrica

Gastric cancer after bariatric surgery

Valdemir José Alegre Salles^{1,a}, Rafael Assis Vieira Viveiros^{2,b}, Thabata Santos Freires^{2,c}

Un hombre de 50 años ingresó a urgencias con dolor abdominal agudo, cuyo examen físico fue sugestivo de abdomen agudo perforante. En el antecedente reporta cirugía de bypass gástrico bariátrico videolaparoscópico hace 5 años. Se realizó tomografía computarizada que mostró: dilatación del estómago excluido con engrosamiento de su pared en la región antral, moderada cantidad de líquido peritoneal libre asociado a la presencia de neumoperitoneo (Figura 1). El paciente fue sometido a laparotomía exploradora la cual reveló una lesión ulcerada y perforada en la pared anterior del antro gástrico (Figura 2), cuyo examen patológico informó que se trataba de adenocarcinoma gástrico invasivo, poco diferenciado con células en anillo de sello, estadio patológico: pT4a pN0. El proce-

dimiento quirúrgico fue resección completa del segmento gástrico excluido, con cierre del duodeno, asociado a linfadenectomía D1.

Varios factores de riesgo están implicados en el desarrollo del adenocarcinoma gástrico, como las cirugías gástricas previas¹. En la cirugía de bypass gástrico se puede producir reflujo pancreaticobiliar crónico, con inflamación crónica en la mucosa gástrica. La aparición de adenocarcinoma gástrico del estómago excluido es rara y en esta condición específica tiende a diagnosticarse en estadios avanzados².

Rol

V. Salles, R. Vieira y T. Santos: redacción y revisión.

¹Universidade de Taubaté.

²Hospital General del Vale del Paraíba, Brasil.

^a<https://orcid.org/0000-0003-4955-7160>

^b<https://orcid.org/0000-0002-0393-8119>

^c<https://orcid.org/0009-0007-7104-9775>

Recibido el 2024-02-26 y aceptado para publicación el 01-03-24.

Correspondencia a:

Dr. Valdemir José Alegre Salles
valdemirsalles1962@gmail.com

E-ISSN 2452-4549

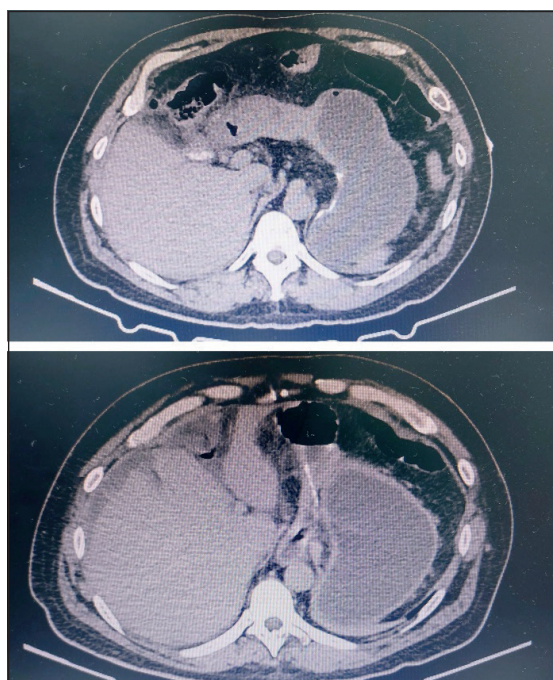


Figura 1. Corte axial de tomografía computada de abdomen. remanente gástrico dilatado.



Figura 2. Remanente gástrico resecado.

Bibliografía

1. Machlowska J, Baj J, Sitarz M, Maciejewski R, Sitarz R: Gastric cancer: epidemiology, risk factors, classification, genomic characteristics and treatment strategies. *Int J Mol Sci.* 2020; 21:4012.10.3390/ijms21114012
2. Tagliaferri AR, Patel D, Cavanagh Y. S3549 gastric adenocarcinoma of the remnant stomach after Roux-en-Y diagnosed by EDGE. *Am J Gastroenterol.* 2022;117:e2228. 10.14309/01.ajg.0000870836.84374.b7