

Caso Clínico

Manejo secuencial laparoscópico y oncológico en coledocolitiasis con cáncer gástrico incidental: caso clínico

Sequential laparoscopic and oncological management of choledocholithiasis with incidental gastric cancer: a clinical case

Mario Barboza¹ 


Lorenzo Diosnel Acosta Brunaga¹ 


Miguel Ferreira Bogado¹ 


Juan Cabañas¹ 

Amada Andersen¹ 

¹Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Centro Médico Nacional-Hospital Nacional.
Departamento de Cirugía. Itaiguá, Paraguay


Editor responsable: Esteban Mendoza . Hospital Central “Dr. Emilio Cubas”, Instituto de Previsión Social.
Asunción, Paraguay.

Revisor 1: Eduardo Javier Houghton . Hospital Rivadavia. Fundación DAICIM, Universidad de Buenos Aires.
Buenos Aires, Argentina

Revisor 2: Gustavo Ernesto Schmidt . Universidad Nacional del Nordeste, Facultad de Medicina. Corrientes,
Argentina

Autor de Correspondencia: Lorenzo Diosnel Acosta Brunaga. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Centro Médico Nacional-Hospital Nacional. Departamento de Cirugía. Itaiguá, Paraguay. Correo electrónico: diosnelacostab71@gmail.com

Artículo recibido: 26 de junio de 2025. **Artículo aprobado:** 16 de diciembre de 2025.

 Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de [Licencia de Atribución Creative Commons](#), que permite uso, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que se acredite el origen y la fuente originales.

Como citar este artículo: Barboza M, Acosta Brunaga LD, Ferreira Bogado M, Cabañas J, Andersen A. Manejo secuencial laparoscópico y oncológico en coledocolitiasis con cáncer gástrico incidental: caso clínico. Rev. Nac. (Itaiguá). 2025;17:e1700204.

RESUMEN

La coexistencia de coledocolitiasis y cáncer gástrico es una entidad infrecuente, especialmente cuando este último se diagnostica de forma incidental durante el abordaje de la patología biliar. Presentamos el caso de una mujer de 55 años con un cuadro de ictericia obstructiva (dolor en hipocondrio derecho, ictericia, coluria y prurito de 15 días de evolución). La ecografía y la colangiorresonancia confirman la coledocolitiasis distal. Durante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), donde se intentó sin éxito la extracción del cálculo y se colocó un stent biliar para drenaje, se detectó incidentalmente una lesión prepilórica gástrica de 20 mm, con bordes irregulares y áreas necróticas. La biopsia subsiguiente reveló un adenocarcinoma gástrico tipo intestinal, infiltrante y pobremente diferenciado (grado 3). La tomografía de estadificación mostró una neoplasia localmente avanzada (cT3-T4, N1-2M0; estadio clínico cIIIA–IIIB según AJCC 9.^a edición). Se realizó colecistectomía laparoscópica con coledocotomía y extracción del lito, con evolución posoperatoria favorable. El paciente se encuentra actualmente en preparación para quimioterapia neoadyuvante con el esquema FLOT, tras la solicitud de biomarcadores moleculares que guiarán las opciones terapéuticas futuras.

Este caso subraya la resolución quirúrgica exitosa de una coledocolitiasis complicada mediante coledocotomía laparoscópica. Este procedimiento no solo abordó la patología biliar de manera efectiva, sino que también normalizó la función hepática, un paso crítico para permitir el inicio oportuno y seguro de la quimioterapia neoadyuvante con FLOT a las tres semanas del postoperatorio, minimizando los riesgos de toxicidad y el retraso en el tratamiento oncológico del cáncer gástrico.

Palabras clave: coledocolitiasis, cáncer gástrico, hallazgo incidental, cirugía laparoscópica, FLOT.

ABSTRACT

The coexistence of choledocholithiasis and gastric cancer is uncommon, especially when the latter is diagnosed incidentally during the management of biliary pathology. We present the case of a 55-year-old woman with obstructive jaundice (right upper quadrant pain, jaundice, dark urine, and pruritus of 15 days' duration). Ultrasound and magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) confirmed distal choledocholithiasis. During endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), where stone extraction was unsuccessful and a biliary stent was placed for drainage, a 20-mm prepyloric gastric lesion with irregular borders and necrotic areas was

incidentally detected. The subsequent biopsy revealed an infiltrating, poorly differentiated (grade 3) intestinal-type gastric adenocarcinoma. The staging CT scan showed a locally advanced neoplasm (cT3-T4, N1-2M0; clinical stage cIIIA–IIIB according to the AJCC 9th edition). Laparoscopic cholecystectomy with choledochotomy and stone extraction was performed, with a favorable postoperative course. The patient is currently being prepared for neoadjuvant chemotherapy with the FLOT regimen, following the request for molecular biomarkers that will guide future treatment options.

This case highlights the successful surgical resolution of complicated choledocholithiasis using laparoscopic choledochotomy. This procedure not only effectively addressed the biliary pathology but also normalized liver function, a critical step to allow the timely and safe initiation of neoadjuvant chemotherapy with FLOT three weeks postoperatively, minimizing the risks of toxicity and delaying oncological treatment of the gastric cancer.

Keywords: choledocholithiasis, gastric cancer, incidental finding, laparoscopic surgery, FLOT.

INTRODUCCIÓN

La coexistencia de coledocolitiasis y cáncer gástrico es una situación clínica inusual que plantea un doble desafío diagnóstico y terapéutico. La presencia de obstrucción biliar en estos pacientes puede retrasar significativamente el inicio del tratamiento oncológico, haciendo que su resolución adquiera una prioridad indiscutible.

El diagnóstico de coledocolitiasis se establece mediante estudios de imagen, siendo la colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) una herramienta diagnóstica fundamental⁽¹⁾. La resolución habitual de la coledocolitiasis es a través de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)⁽²⁾. No obstante, ante el fracaso de este procedimiento, la exploración quirúrgica de la vía biliar, ya sea abierta o laparoscópica, se convierte en una alternativa válida y, en ocasiones, necesaria⁽³⁾.

El adenocarcinoma gástrico avanzado representa una de las principales causas de mortalidad oncológica a nivel global⁽⁴⁾. En pacientes con adenocarcinoma gástrico potencialmente resecable con estadio clínico T2N0 o superior, las guías actuales recomiendan la terapia sistémica perioperatoria en lugar de la cirugía inicial, lo que ha demostrado mejorar la supervivencia global y la probabilidad de completar el tratamiento adyuvante⁽⁵⁾. Dentro de este contexto, el esquema FLOT ha surgido como el de mayor beneficio oncológico⁽⁶⁾.

A pesar de los avances en el manejo de ambas patologías, la literatura científica ha abordado escasamente su convivencia. En este escenario clínico complejo, la coledocotomía laparoscópica, tras el fracaso de la CPRE, se posiciona como una opción segura y eficaz que permite iniciar oportunamente la quimioterapia neoadyuvante.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino, de 55 años de edad, sin antecedentes médicos relevantes, quien consultó por ictericia obstructiva, manifestada por una bilirrubina total de 3 mg/dL a predominio de la directa, fosfatasa alcalina fuera de rango y dolor abdominal vago en el hipocondrio derecho. Los estudios de imágenes iniciales, incluyendo ecografía y colangiorresonancia, revelaron una dilatación de la vía biliar principal y la presencia de litiasis en el colédoco distal. Ante estos hallazgos, se indicó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) como primera medida terapéutica.

Durante la CPRE, además de confirmar la coledocolitiasis, se identificó de manera incidental un engrosamiento parietal antral gástrico. Tras el intento fallido de extracción del cálculo debido a una desproporción entre su tamaño y el diámetro distal del colédoco, se procedió a la colocación de un stent de plástico para asegurar el drenaje de la vía biliar principal y se tomaron biopsias de la lesión gástrica. Los controles laboratoriales post-CPRE mostraron la normalización de la bilirrubina, aunque los valores de fosfatasa alcalina persistieron alterados.

El estudio anatomopatológico de la biopsia gástrica confirmó un adenocarcinoma gástrico tipo intestinal⁽⁷⁾. El estudio de estadificación, realizado mediante tomografía computarizada con contraste, evidenció un engrosamiento parietal con realce significativo en la región antral y adenopatías en la curvatura menor (25x20 mm) y adyacentes a la arteria hepática común (11 mm) (Figura 1).

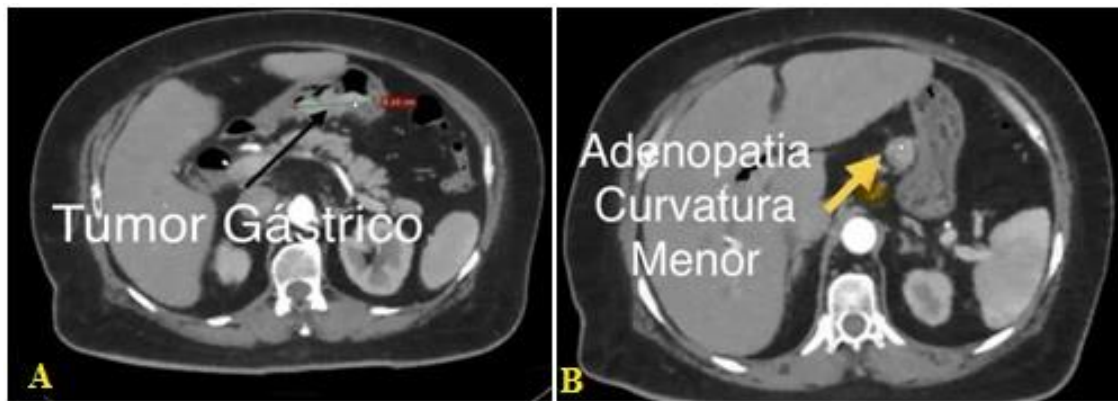


Figura 1: TAC de abdomen A. tumor gástrico antral (cara posterior de aproximadamente 6 cm de longitud) región antro pilórica. **B:** adenopatía en curvatura menor.

Estos hallazgos configuraron un estadio clínico T3-T4, N1-2M0, según la novena edición del AJCC⁽⁸⁾.

El caso fue discutido en el comité de tumores del Servicio de Cirugía General. Se demostró una paciente con buen estado funcional (ECOG 1)⁽⁹⁾, un cáncer gástrico localmente avanzado resecable y clara indicación de tratamiento neoadyuvante. No obstante, se priorizó la resolución quirúrgica del cuadro biliar.

Se procedió con un abordaje laparoscópico utilizando 4 trocares en posición francesa. Se realizó la identificación de la visión de seguridad de Strasberg y una colangiografía intraoperatoria (CIO) que confirmó la dilatación de la vía biliar principal, la presencia de un cálculo y el stent plástico normoinsertado. Se realizó una coledocotomía vertical de aproximadamente 15 mm de longitud en la región supraduodenal con bisturí frío (Figura 2).



Figura 2: Pasos de la coledocotomía laparoscópica **A.** cateterización del conducto cístico **B.** Colangiografía. **C.** Coledocotomía vertical

Tras la extracción del lito, se efectuó un lavado de la vía biliar con suero tibio y un cierre primario con hilo monofilamento de polipropileno 4.0 a punto continuo. Una nueva CIO corroboró la vía biliar libre, el stent plástico en posición adecuada y la ausencia de fuga de la coledocorráfia. la cio pos coledocorráfia se considero suficiente para descartar cálculos residuales, (al no contar con coledocoscopia intraoperatoria) dado que el informe pre opetorio de la colangiorresonancia, y la CPRE indicaban la presencia de un único cálculo; Se realizó la colecistectomía laparoscópica y se dejó un drenaje de cavidad. El tiempo quirúrgico total fue de 120 minutos, sin sangrado significativo y sin necesidad de conversión a cirugía abierta.

El paciente evolucionó favorablemente y recibió el alta al cuarto día postoperatorio. En su control ambulatorio a la semana, presentó función hepática normal, sin evidencia de colestasis ni complicaciones biliares, y se procedió al retiro del drenaje de cavidad. A las cuatro semanas de su cirugía, se planificó el inicio de la segunda fase del tratamiento con quimioterapia neoadyuvante, previa retirada del stent plástico de la vía biliar. El esquema planificado es FLOT (fluorouracilo, leucovorina, oxaliplatino y docetaxel), tras la culminación de los estudios de biomarcadores moleculares (HER2, PD-L1 y MSI-H)⁽¹⁰⁾(Figura 3).

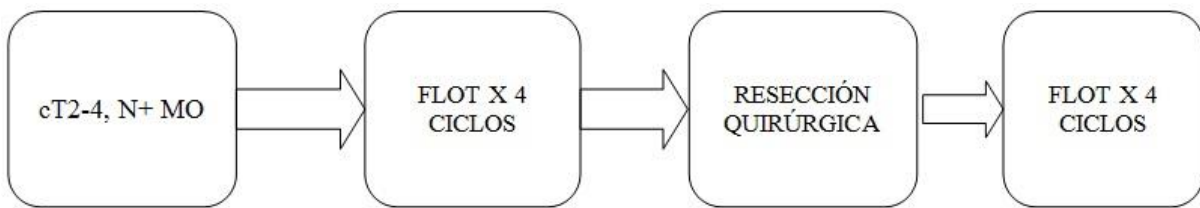


Figura 3: Esquema FLOT programado para segunda fase de tratamiento

Consentimiento informado: Este estudio es una revisión retrospectiva de historias clínicas, y como tal, no requiere de un consentimiento informado.

DISCUSIÓN

La ictericia obstructiva secundaria a cáncer gástrico es una presentación clínica inusual, que generalmente se debe a la invasión directa del hilio hepático⁽¹¹⁾. En contraste, la literatura no documenta casos publicados que combinen coledocolitiasis verdadera con un cáncer gástrico resecable diagnosticado de forma incidental, como en el presente caso. La resolución quirúrgica de la coledocolitiasis mediante colecistectomía y coledocotomía laparoscópica representó la primera etapa de un tratamiento integral, resolviendo exitosamente la obstrucción de la vía biliar tras el fracaso de la CPRE. Este procedimiento restableció el drenaje biliar fisiológico, normalizó los parámetros de función hepática y previno complicaciones infecciosas graves como colangitis o pancreatitis obstructiva.

Esta intervención permitió que el paciente se encuentra en condiciones clínicas óptimas para iniciar la segunda fase del tratamiento, consistente en la quimioterapia neoadyuvante con el esquema FLOT.

Las guías internacionales, como las de la ESMO, recomiendan la estrategia perioperatoria con quimioterapia neoadyuvante en cáncer gástrico localmente avanzado (cT2–T4, N+, M0), dado su impacto positivo en la tasa de resección R0, la supervivencia global y la respuesta tumoral⁽⁵⁾. En este contexto, el esquema FLOT se ha consolidado como el estándar terapéutico, especialmente en pacientes con una reserva adecuada⁽⁶⁾.

En cuanto al abordaje de la patología biliar, si bien la CPRE es el método de elección⁽²⁾ para la coledocolitiasis, su fracaso no es infrecuente y puede requerir alternativas quirúrgicas. La coledocotomía laparoscópica ha demostrado ser una técnica segura y efectiva, con una baja morbilidad en manos experimentadas, ofreciendo la resolución definitiva del cuadro en el mismo acto quirúrgico que la colecistectomía⁽³⁾.

Este caso resalta la importancia de un abordaje multidisciplinario precoz, donde los servicios de cirugía, gastroenterología y oncología coordinan estrategias que garantizan la seguridad del paciente, el control de infecciones y la oportunidad terapéutica. La secuencia adoptada —primero la descompresión biliar y, posteriormente, la planificación de la neoadyuvancia oncológica— optimizó el tratamiento integral, asegurando la continuidad y evitando retrasos innecesarios.

El paciente se mantiene en seguimiento clínico y oncológico, con la administración del esquema FLOT previsto en las próximas semanas. El informe de seguimiento futuro permitirá evaluar la respuesta al tratamiento sistémico y los resultados quirúrgicos definitivos, contribuyendo al conocimiento sobre el manejo de esta compleja doble patología.

El presente caso aporta evidencia valiosa sobre la factibilidad y seguridad del abordaje laparoscópico en pacientes con patología oncológica coexistente, destacando la importancia del trabajo multidisciplinario en centros de alta complejidad para garantizar decisiones terapéuticas oportunas, seguras y basadas en la mejor evidencia disponible.

CONCLUSIÓN

Este caso clínico ejemplifica el desafío diagnóstico y terapéutico que representa la infrecuente coexistencia de coledocolitiasis y cáncer gástrico resecable. La resolución laparoscópica en un solo tiempo quirúrgico permitió una descompresión biliar efectiva y la normalización temprana de la función hepática, una condición indispensable para la planificación segura de la quimioterapia neoadyuvante con el esquema FLOT. Este enfoque secuencial y multidisciplinario demuestra que, en centros de alta complejidad, la cirugía mínimamente invasiva puede integrarse de manera segura y efectiva al tratamiento oncológico contemporáneo, optimizando los resultados para el paciente.

Conflictos de intereses

No declarado.

Fuentes de financiamiento

Estecaso clínico fue financiado con recursos propios de los autores.

Disponibilidad de datos

Los datos están disponibles a través de una solicitud al autor correspondiente. Correo electrónico: diosnelacostab71@gmail.com

Nota del editor jefe

Todas las afirmaciones expresadas, en este manuscrito, son exclusivamente lasde los autores y norepresentan necesariamente las de sus organizaciones afiliadas, ni lasdel editor, los editores responsables y los revisores. Cualquier producto que pueda ser evaluado en este caso clínico, o afirmación que pueda hacer su fabricante, no está garantizado ni respaldado por el editor.

Declaración de contribución de autores

Acosta Brunaga LD y Ferreira Bogado M: Concepción, diseño del estudio,redacción de la versión borrador, revisión final.

Barboza M, Cabañas J y Andersen A:Adquisición, análisis e interpretación de datos.

Todos los autores están en pleno conocimiento de la versión del caso clínico y aprueban su publicación en Revista del Nacional (Itauguá) y la inclusión en bases de datos nacionales y extranjera con las que colabora.

REFERENCIAS

1. Wen Ch, Jing-Jia M, Li L, Chao QL, Jian Feng Z. Valor diagnóstico de la colangiopancreatografía por resonancia magnética en la coledocolitiasis.World J Gastroenterol. 2015;21(11):3351-60. doi: 10.3748/wjg.v21.i11.3351.
2. Wood, EC, Gómez, MK, Rauh, JL, Westcott C, Bosley ME, Neff LP,et al. Management of choledocholithiasis: current surgical practices, techniques, and next steps.Current Surgery Reports. 2025;13:18. doi:10.1007/s40137-025-00450-2.

3. Vargas Ávila AL, de Alba CruzI, Vargas Flores J, Nagore Ancona JF, Cortázar Sánchez CA, Sánchez Diana L, Domínguez Rodríguez JA,et al. Treatment of choledocolithiasisbylaparoscopicexploration of thebiletractafterfailedendoscopic retrograde cholangiopancreatography. Internat J Surg Open. 2021;29:29-32. doi: 10.1016/j.ijso.2020.12.014.
4. Ilic M, Ilic I. Epidemiology of stomachcancer. World J Gastroenterol. 2022;28(12):1187-1203. doi: 10.3748/wjg.v28.i12.1187.
5. Joshi S, Badgwell BD. CurrentTreatment and RecentProgress in GastricCancer. CA Cancer J Clin [Internet]. 2021 [citado 14 de octubre de 2025];71(3):264-79. doi: 10.3322/caac.21657.
6. Al-Batran SE, Homann N, Pauligk C, Goetze TO, Meiler J, Kasper S, et al. Perioperativechemotherapywithfluorouracil plus leucovorin, oxaliplatin, and docetaxel versus fluorouracilorcapecitabine plus cisplatin and epirubicin for locallyadvanced, resectablegastricorgastro-oesophagealjunction adenocarcinoma (FLOT4): a randomised, phase 2/3 trial. Lancet. 2019;393(10184):1948-1957. doi:10.1016/S0140-6736(18)32557-1
7. Arias Rodríguez FD, Ganchozo Solís RV, Mosquera López ED, Chávez Pasquel DA, TipánLegarda AI, Álvarez López JA, et al. Cáncer gástrico – actualización en diagnóstico y tratamiento: revisión bibliográfica. Gastroenterollatinoam [Internet]. 2024;35(3):151-159. Disponible en: <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.46613/gastrolat2024003-06.pdf>
8. Armin MB, Greene FL, Edge SB, Compton CC, Gershenwald JE, Brookland RK, et al.Theeighthedition AJCC cancerstaging manual: continuingtobuild a bridge from a population-basedto a more "personalized" approachtocancerstaging. CA Cancer J Clin. 2017;67(2):93-99. doi: 10.3322/caac.21388.
9. Azam F, Latif MF, Farooq A, Tirmazy SH, AlShahrani S, Bashir S, et al. Performance status assessmentbyusingECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) score for cancerpatientsbyoncologyhealthcareprofessionals. Case Rep Oncol [Internet]. 2019 [citado 16 de octubre de 2025];12(3):728-36. doi: 10.1159/000503095
10. Lordick F, Carneiro F, Cascinu S, Fleitas T, Haustermans K, Piessen G,et al.Gastriccancer: ESMO ClinicalPracticeGuideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2022;33(10):1005-1020. doi: 10.1016/j.annonc.2022.07.004.
11. Ansari SM, Patel D, Aswani Y, Bairy A, Narvel H. ObstructiveJaundice as theInitialManifestation of Gastric Adenocarcinoma. Cureus. 2022;14(12):e32478. doi: 10.7759/cureus.32478.