

Reporte de Casos

Gastrectomía total de emergencia por linfoma gástrico perforado en peritonitis generalizada. Reporte de caso

Emergency total gastrectomy for perforated gastric lymphoma in generalized peritonitis. Case report

ARIAS-PEREIRA, DATSON¹; BRACHO-GIMÉNEZ, PABLO¹, MORA-TERÁN, LUIS¹

¹Hospital General Regional 'Dr. Pastor Oropeza Riera', Barquisimeto, Lara, Venezuela.

Autor de correspondencia
datjap19@gmail.com

Fecha de recepción
13/06/2026

Fecha de aceptación
23/07/2026

Fecha de publicación
25/09/2026

Autor

Arias Pereira, Datson José
Médico Cirujano. Cirujano General. Adjunto I, servicio de Cirugía General del
IVSS Hospital General Regional 'Dr. Pastor Oropeza Riera', Barquisimeto,
Lara, Venezuela.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3886-6747>

Bracho Giménez, Pablo Alberto
Médico Cirujano. Cirujano General. Adjunto II, servicio de Cirugía General del
IVSS Hospital General Regional 'Dr. Pastor Oropeza Riera', Barquisimeto,
Lara, Venezuela.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7044-6052>

Mora Terán, Luis Alberto
Médico Cirujano. Residente de segundo año del postgrado de Cirugía General
del IVSS Hospital General Regional 'Dr. Pastor Oropeza Riera', Barquisimeto,
Lara, Venezuela.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-7276-0737>

Citación:

Arias-Pereira, D., Bracho-Giménez, P., Mora-Terán, L. (2026). Gastrectomía total de emergencia por linfoma gástrico perforado en peritonitis generalizada. Reporte de caso. *GICOS*, 11(3), 275-283



RESUMEN

La perforación gástrica como presentación inicial de un Linfoma No Hodgkin (LNH) es una emergencia quirúrgica infrecuente que plantea un dilema entre la cirugía de control de daños y la cirugía oncológica definitiva en un solo tiempo. Se presenta el caso de un paciente masculino de 69 años con diagnóstico endoscópico presuntivo de adenocarcinoma gástrico Borman II, quien ingresó por abdomen agudo secundario a neumoperitoneo masivo. La laparotomía de urgencia evidenció peritonitis generalizada con doble perforación gástrica de aspecto tumoral de 8x6 cm y 4x3 cm, que imposibilitó el cierre primario, por lo que se realizó gastrectomía total con reconstrucción primaria en Y de Roux. El resultado definitivo de la biopsia reportó LNH difuso de células B grandes ulcerado. La evolución postoperatoria se complicó con una fuga anastomótica esofagoyeyunal de bajo gasto, con intento fallido de colocación de prótesis autoexpandible, manejada finalmente de forma conservadora mediante sonda nasointestinal y nutrición parenteral total y un cuadro clínico sugestivo de tromboembolismo pulmonar, no confirmado por angiotomografía, por falta de disponibilidad institucional. El paciente falleció al noveno día postoperatorio por falla multiorgánica. El caso resalta la factibilidad técnica de la cirugía radical en un terreno séptico cuando no existe otra opción reconstructiva, la importancia del diagnóstico diferencial histopatológico del linfoma gástrico y la vigencia del manejo no operatorio de fugas anastomóticas altas en centros sin acceso a endoscopia intervencionista avanzada.

Palabras clave: gastrectomía, linfoma no Hodgkin, peritonitis, fuga anastomótica

ABSTRACT

Gastric perforation as the initial presentation of non-Hodgkin Lymphoma (NHL) is an uncommon surgical emergency that presents a dilemma between damage control surgery and definitive oncological surgery in a single stage. We present the case of a 69-year-old male patient with a presumptive endoscopic diagnosis of Borman II gastric adenocarcinoma, who was admitted with an acute abdomen secondary to massive pneumoperitoneum. Emergency laparotomy revealed generalized peritonitis with two gastric perforations of tumor-like appearance, measuring 8x6 cm and 4x3 cm, which precluded primary closure. Therefore, total gastrectomy with primary Roux-en-Y reconstruction was performed. The final biopsy result reported ulcerated diffuse large B-cell NHL. The postoperative course was complicated by a low-output esophagojejunal anastomotic leak, with a failed attempt at self-expandable stent placement, ultimately managed conservatively with a nasointestinal tube and total parenteral nutrition, and a clinical picture suggestive of pulmonary thromboembolism, which was not confirmed by CT angiography due to institutional unavailability. The patient died on the ninth postoperative day from multiple organ failure. This case highlights the technical feasibility of radical surgery in a septic setting when no other reconstructive option exists, the importance of the histopathological differential diagnosis of gastric lymphoma, and the continued relevance of non-operative management of high anastomotic leaks in centers without access to advanced interventional endoscopy.

Keywords: gastrectomy, non-Hodgkin lymphoma, peritonitis, anastomotic leak

INTRODUCCIÓN

El Linfoma No Hodgkin (LNH) primario del estómago es una entidad poco frecuente, representando menos del 5 % de todas las neoplasias gástricas y aproximadamente el 2 % del total de linfomas. El subtipo histológico más común es el linfoma difuso de células B grandes (LDCBG), una variedad agresiva cuya presentación clínica está caracterizada por dolor epigástrico, saciedad precoz, pérdida de peso y lesiones infiltrantes en la endoscopia, es macroscópicamente indistinguible del adenocarcinoma gástrico, lo que con frecuencia conduce a un diagnóstico presuntivo erróneo y a un retraso en el tratamiento oncológico específico (Nagesh et al., 2025; Balanzá et al., 2020).

La perforación gástrica espontánea como manifestación inicial de un LNH es una complicación grave e inusual, con una incidencia estimada entre el 0,5 % y el 4 % en series contemporáneas (Daoud et al., 2023). Esta emergencia quirúrgica no solo amenaza la vida del paciente por la peritonitis generalizada subyacente, sino que además confronta al cirujano actuante con un dilema técnico y conceptual de primer orden: optar por una estrategia de control de daños, limitada a controlar la fuente de contaminación y diferir la resección oncológica para un segundo tiempo, o bien realizar una cirugía radical en un solo tiempo, asumiendo los riesgos de una anastomosis en un terreno contaminado y en un paciente con respuesta inflamatoria sistémica (Manara et al., 2025; Mocan, 2021). Las guías clínicas actuales para el manejo del linfoma gástrico no abordan específicamente este escenario agudo, lo que deposita la responsabilidad de la decisión en el juicio del cirujano, basado en los hallazgos intraoperatorios, la extensión de la enfermedad y la reserva fisiológica del paciente (Matysiak-Budnik et al., 2018).

Adicionalmente, la fuga anastomótica a nivel esofagoyeyunal es una de las complicaciones postoperatorias más temidas de la gastrectomía total, con una incidencia reportada del 5 % al 10 % en cirugía electiva, la cual se incrementa significativamente en el contexto de la cirugía de urgencia (Fabbi et al., 2021). El manejo contemporáneo de esta complicación ha evolucionado desde la reoperación sistemática hacia abordajes mínimamente invasivos como los stents metálicos autoexpandibles, y la terapia de vacío endoluminal (EVAC); sin embargo, el acceso a estas tecnologías no es universal, y en muchos centros de recursos limitados el manejo conservador tradicional sigue siendo la única opción disponible (Sánchez-González et al., 2026; Figueroa-Giralt et al., 2023).

El objetivo de este reporte es describir el abordaje diagnóstico y terapéutico de un paciente con peritonitis generalizada secundaria a la perforación de un LNH gástrico, en quien se realizó una gastrectomía total de emergencia con reconstrucción primaria.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Se realizó un estudio observacional descriptivo, retrospectivo, tipo reporte de caso clínico único. El contexto institucional corresponde al servicio de Cirugía General del IVSS Hospital ‘Dr. Pastor Oropeza Riera’, Barquisimeto, Lara, Venezuela. El período de estudio comprendió desde el 18 de febrero hasta el 05 de marzo

de 2026. Los datos fueron recolectados retrospectivamente de la historia física clínica. Los autores declaran haber obtenido consentimiento informado para la publicación de datos con fines científicos, garantizando la anonimización del paciente según los principios de la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial [AMM], 2024). No se requirió aprobación de comité de ética por tratarse de un reporte de caso retrospectivo, lo cual no es exigido por el hospital.

Datos clínicos iniciales

Paciente masculino de 69 años, de ocupación perito agropecuario, quien acudió al servicio de emergencias el 18 de febrero de 2026, refiriendo dolor y distensión abdominal de 48 horas de evolución, de aparición insidiosa, localizado en hemiabdomen superior con intensidad moderada a fuerte, concomitantemente náuseas. Como antecedentes personales de relevancia presentaba hipertensión arterial de dos años de evolución tratada con losartán 50 mg vía oral cada día, y un diagnóstico endoscópico reciente de adenocarcinoma gástrico Bormann II presuntivo, realizado el 06 de febrero de 2026 en otra institución, cuya biopsia estaba pendiente de resultado. La endoscopia digestiva superior había descrito una lesión abundante, protruyente hacia la luz gástrica, friable y con áreas de necrosis, localizada en cardias y cuerpo alto. El paciente refería pérdida ponderal de 6 kg en los últimos tres meses atribuida a hipoingesta. Como antecedente familiar relevante, su padre había fallecido por peritonitis secundaria a úlcera duodenal perforada.

Al examen físico de ingreso, el paciente se encontraba en delicadas condiciones generales, afebril, con palidez cutáneo-mucosa marcada y signos de deshidratación. El abdomen era globoso a expensas de distensión, con ruidos hidroaéreos disminuidos en los cuatro cuadrantes, doloroso a la palpación generalizada, poco depresible y con signos de irritación peritoneal positivos. Los datos de laboratorio al ingreso fueron: hemoglobina 11,4 g/dL, leucocitos $10.100/\text{mm}^3$ con neutrofilia 91 %, albúmina 2,5 g/dL, creatinina 2,85 mg/dL y urea 106 mg/dL. No se dispuso de lactato sérico al ingreso. Escala ASA III.

La radiografía de abdomen simple de pie evidenció neumoperitoneo en cúpula diafragmática derecha, confirmando la perforación de víscera hueca. Se establecieron los diagnósticos de ingreso de peritonitis aguda generalizada secundaria a perforación de víscera hueca y adenocarcinoma gástrico Bormann II presuntivo, y se indicó laparotomía exploradora de urgencia.

Evolución y resultados del procedimiento

El mismo día del ingreso, el paciente fue llevado a quirófano. A través de una laparotomía media supraumbilical se evidenciaron aproximadamente 2000 ml de líquido gástrico libre y abundante fibrina en los cuatro cuadrantes, configurando una peritonitis generalizada. Tras realizar adherenciólisis roma y cortante de múltiples adherencias firmes y laxas entre el epiplón mayor y cara anterior de estómago, se identificó estómago de 30 x 25 cm con aspecto tumoral en su cara anterior, que presentaba dos perforaciones: una de 8 x 6 cm localizada en el cuerpo gástrico y otra de 4 x 3 cm hacia región del cardias. Se palparon múltiples ganglios indurados y aumentados de tamaño en la curvatura mayor, siendo el de mayor diámetro de 2 cm. Ante la imposibilidad técnica de realizar un cierre primario o una gastrectomía parcial debido a la extensión de las perforaciones y

la friabilidad del tejido, y considerando el aspecto macroscópico tumoral susceptible de resección oncológica, se tomó la decisión de realizar una cirugía con reconstrucción primaria en un solo tiempo.

El procedimiento consistió en gastrectomía total asistida con dispositivo de energía avanzada (Enseal), cierre duodenal mecánico, reconstrucción del tránsito mediante esofagoyeyuno anastomosis término-lateral más reconstrucción en Y de Roux, lavado exhaustivo de la cavidad peritoneal con 2000 ml de solución salina 0,9 % y colocación de un drenaje activo tipo Blake dirigido a la anastomosis esofagoyeyunal y un drenaje pasivo dirigido al fondo de saco de Douglas. No se realizó linfadenectomía por tratarse de una cirugía de emergencia en ausencia de diagnóstico histológico confirmatorio. El sangrado intraoperatorio estimado fue de 1500ml, por lo que se transfundieron 6 unidades de plasma fresco congelado y 2 unidades de concentrado globular. La puntuación SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) calculada en el postoperatorio inmediato fue de 3 puntos, correspondiente a riesgo bajo de mortalidad. Se iniciaron medidas antitrombóticas con enoxaparina 40 mg subcutánea una vez al día.

El 20/02 se recibió el resultado de la biopsia gástrica, con el diagnóstico histopatológico definitivo de Linfoma No Hodgking difuso de células B grandes ulcerado (LDCBG), descartando así el diagnóstico presuntivo de adenocarcinoma. Durante las primeras 48 horas del postoperatorio, el paciente desarrolló lesión renal aguda de etiología prerrenal con elevación progresiva de azoados, manejada conjuntamente con los servicios de medicina interna y nefrología. Simultáneamente, presentó deterioro respiratorio progresivo. En el contexto de su neoplasia como condición protrombótica paraneoplásica, se solicitó dimero D, el cual resultó elevado. Se calcularon los scores de probabilidad clínica para tromboembolismo pulmonar (TEP): Wells 2,5 puntos (probabilidad baja) y Ginebra 8 puntos (probabilidad intermedia). El 26/02, el paciente fue trasladado a la unidad de cuidados intermedios. Se realizó un ecocardiograma transtorácico que reportó signo de McConnell positivo (sensibilidad del 71 % para TEP agudo).

No se realizó angiotomografía computarizada de torax para confirmación diagnóstica por falta de disponibilidad del equipo en la institución. El diagnóstico de TEP fue clínico y ecocardiográfico, con las limitaciones que este enfoque implica. El paciente recibió únicamente profilaxis antitrombótica; no se escaló a dosis terapéutica por el riesgo de sangrado postoperatorio reciente.

En el postoperatorio inmediato, se evidenció salida de contenido entérico alto a través del drenaje Blake dirigido a la anastomosis esofagoyeyunal, por lo que se inició manejo conservador con dieta absoluta y nutrición parenteral total. Los controles diarios mostraron un gasto inicial menor de 100ml/día. Al octavo día postoperatorio, el débito cambió a características serohemáticas con detritus, con un volumen de 60ml. El 02/03, el servicio de gastroenterología realizó evaluación endoscópica que evidenció una fuga del 30 % de la anastomosis esofagoyeyunal, clasificada como de bajo gasto. Se intenta la colocación de una prótesis autoexpandible, pero no fue técnicamente posible. Como medida de rescate, se colocó sonda nasointestinal de Dobhoff, y se mantuvo la nutrición parenteral parcial más nutrición enteral a través de la sonda. El débito posterior fue seropurulento, menor de 50 ml/día, sin formación de abscesos intraabdominales organizados. La fuga persistió sin resolución completa hasta el fallecimiento, sin que pudiera realizarse un nuevo intento de

colocación de prótesis por la condición crítica del paciente, que impedía su inmovilización.

A pesar del manejo intensivo multidisciplinario, el paciente evolucionó de forma tórpida, con deterioro hemodinámico progresivo y falla respiratoria. El 05/03, presentó paro cardiorrespiratorio con falla multiorgánica refractaria a las medidas de reanimación avanzada, falleciendo. La estancia en la unidad de cuidados intermedios fue de 7 días, y la estancia hospitalaria total fue de 16 días.



Figura 1.

Pieza quirúrgica de gastrectomía total. Estómago de 30 x 25 cm con aspecto tumoral en cara anterior, donde se aprecian dos perforaciones: una de 8 x 6 cm en cuerpo gástrico y otra de 4 x 3 cm hacia región de cardias.

DISCUSIÓN

El caso presentado ilustra un escenario quirúrgico de excepción que condensa tres desafíos mayores para el cirujano general: la decisión de realizar una cirugía oncológica radical en un terreno de peritonitis generalizada, el diagnóstico histopatológico inesperado de linfoma frente a un adenocarcinoma presuntivo, y el manejo de una fuga anastomótica alta en un centro sin acceso a tecnologías endoscópicas avanzadas.

La decisión de efectuar una gastrectomía total con reconstrucción primaria en un paciente con peritonitis generalizada es controvertida y debe ser cuidadosamente justificada. El paradigma contemporáneo del control de daños en cirugía abdominal de urgencia establece que, ante inestabilidad fisiológica o contaminación masiva, el objetivo inicial debe ser limitar la fuente de contaminación, abreviar el procedimiento y planificar una reintervención programada para la reconstrucción definitiva (Manara et al., 2025). Sin embargo, en el presente caso, la magnitud y multiplicidad de las perforaciones (8x6 cm y 4x3 cm) en un estómago tumoral y friable hacían técnicamente imposible un cierre primario seguro o una gastrectomía parcial con márgenes limpios de tumor.

Mocan (2021), en una revisión sistemática de 15 casos de linfoma gástrico perforado, reportó que el 60

% de los pacientes fueron manejados exitosamente con resección definitiva en un solo tiempo, cuando es técnicamente factible, ofrece la ventaja de resolver simultáneamente la emergencia y la resección del tumor. El vaciamiento ganglionar, de estar indicado según el diagnóstico definitivo de LDCBG, queda diferido a la respuesta a la quimioterapia sistémica, que constituye el pilar del tratamiento oncológico de esta enfermedad (Matysiak-Budnik et al., 2018).

Los datos de laboratorio al ingreso reflejaban un estado de desnutrición, respuesta inflamatoria sistémica e injuria renal prerrenal ya establecida, lo cual configuraba una reserva fisiológica reservada. La puntuación SOFA de 3 puntos en el postoperatorio inmediato aunque sugería un riesgo bajo de mortalidad predicha, no logró capturar completamente el impacto de la desnutrición crónica y la sarcopenia sobre la capacidad de cicatrización y competencia inmunológica del paciente. Este caso refuerza la enseñanza de que el éxito técnico de una anastomosis en terreno hostil no garantiza el éxito fisiológico del paciente séptico y desnutrido (Manara et al., 2025).

El hallazgo histopatológico de un LDCBG en lugar del adenocarcinoma presuntivo diagnosticado por endoscopia constituye una lección clínica de primer orden. La presentación endoscópica del linfoma gástrico primario (lesiones ulceradas, infiltrantes, friables o de tipo Bormann) es macroscópicamente indistinguible del adenocarcinoma, y la sensibilidad de la biopsia endoscópica convencional para el diagnóstico de linfoma oscila entre el 60 % y el 80 %, requiriendo con frecuencia técnicas adicionales como biopsias profundas, estudio inmunohistoquímico o citometría de flujo para su confirmación (Balanzá et al., 2020; Nagesh et al., 2025).

En este paciente, la urgencia de la perforación no permitió esperar el resultado definitivo de la biopsia, una realidad frecuente en la práctica clínica. Sin embargo, este diagnóstico diferencial tiene implicaciones pronósticas y terapéuticas sustanciales: el LDCBG gástrico localizado es potencialmente curable con inmuoquimioterapia (R-CHOP), con tasas de supervivencia a 5 años superiores al 70 %, un pronóstico considerablemente mejor que el del adenocarcinoma gástrico avanzado (Matysiak-Budnik et al., 2018). El caso resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha para etiologías infrecuentes ante cualquier lesión gástrica perforada y de garantizar la obtención de muestras histológicas representativas, incluso en el contexto urgente.

La fuga anastomótica esofagoyeyunal es una de las complicaciones más devastadoras de la gastrectomía total, con una mortalidad asociada que puede alcanzar el 30-50 % (Fabbi et al., 2021). El manejo contemporáneo en centros de referencia ha evolucionado hacia un abordaje mínimamente invasivo con stents metálicos autoexpansibles, sutura endoscópica y terapia EVAC, estrategias que han demostrado reducir significativamente la necesidad de reoperación y mejorar las tasas de cierre de la fuga (Sánchez-González et al., 2026). Sin embargo, la disponibilidad de estas tecnologías está lejos de ser universal, particularmente en hospitales de países con recursos limitados. En este caso, el manejo conservador tradicional permitió el control temporal de una fuga de bajo gasto sin formación de abscesos intraabdominales organizados, demostrando que esta estrategia, aunque no óptima, sigue siendo válida y efectiva en contextos donde no existen alternativas endoscópicas. Figueroa-Giralt et al. (2023) reportaron un caso similar de manejo conservador exitoso de

una fuga esofagoyeyunal contenida, enfatizando la importancia de la selección cuidadosa del paciente y la monitorización clínica y bioquímica estrecha como pilares del éxito de esta modalidad.

El diagnóstico de TEP se basó en criterios clínicos (Wells 2,5 puntos, Ginebra 8 puntos) y ecocardiográficos (signo de McConnell positivo), sin confirmación mediante angiotomografía computarizada, que constituye el gold estándar diagnóstico. La no realización del estudio se debió a falta de disponibilidad del equipo en la institución, una limitación propia de centros hospitalarios con recursos restringidos. El signo de McConnell, aunque sugestivo, tiene una sensibilidad del 71 % y una especificidad limitada para el diagnóstico de TEP agudo, por lo que no puede considerarse confirmatorio. Adicionalmente, el paciente recibió únicamente profilaxis con enoxaparina 40 mg al día, sin escalar a dosis terapéutica. Esta conducta refleja el dilema clínico entre el riesgo de sangrado postoperatorio reciente (gastrectomía total con sangrado estimado de 1500 ml) y el riesgo de progresión de un TEP no confirmado. En retrospectiva, la imposibilidad de confirmar el diagnóstico pudo haber retrasado la anticoagulación terapéutica, lo que pudo haber contribuido al desenlace fatal. Este aspecto constituye una enseñanza adicional: en centros sin acceso de angiotomografía, la decisión de anticoagular terapéuticamente debe individualizarse ponderando el riesgo trombótico y el riesgo hemorrágico, idealmente mediante protocolos institucionales que respalden al equipo tratante (Konstantinides et al., 2020).

El presente reporte representa las limitaciones inherentes a un estudio de caso único retrospectivo: la imposibilidad de establecer relaciones causales, y la validez externa limitada. El desenlace fatal impide evaluar los resultados oncológicos a largo plazo y el potencial beneficio de la cirugía radical.

CONCLUSIONES

La gastrectomía total con reconstrucción primaria en un solo tiempo constituye una alternativa quirúrgica técnicamente válida en pacientes seleccionados con peritonitis generalizada secundaria a perforación tumoral gástrica, cuando el cierre primario o la resección parcial son inviables. El linfoma gástrico debe considerarse en el diagnóstico diferencial de la lesión gástrica perforada, dado que su pronóstico y manejo oncológico difieren radicalmente del adenocarcinoma. El manejo conservador de la fuga anastomótica esofagoyeyunal de bajo gasto sin colecciones organizadas es una estrategia factible en centros con acceso limitado a endoscópica intervencionista avanzada, siempre que se garantice una monitorización estrecha del paciente. Finalmente, la imposibilidad de confirmar el TEP mediante angiotomografía y la consiguiente limitación para escalar la anticoagulación constituyen recordatorios de los desafíos diagnósticos y terapéuticos que enfrentan los centros con recursos limitados.

RECOMENDACIONES

1. Incorporar sistemáticamente el diagnóstico diferencial de linfoma gástrico en todo paciente con lesión gástrica perforada, asegurando la obtención de biopsias profundas y la solicitud de inmunohistoquímica en el postoperatorio inmediato para orientar el tratamiento oncológico adyuvante.
2. Fomentar la creación de un registro multicéntrico de casos de perforación gástrica por linfoma y otras

neoplasias infrecuentes, que permita generar evidencia de mayor calidad para la estandarización del manejo quirúrgico en este escenario clínico huérfano de guías específicas.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no presentar conflictos de interés.

REFERENCIAS

- Asociación Médica Mundial. (2024). *Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos*. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Balanzá, R., Somerville, N., Rojas-Mendoza, F., & Aguilar-Olivos, N. (2020). Características endoscópicas del linfoma gástrico primario. *Endoscopia*, 32(1), 7-13. <https://doi.org/10.24875/end.20000013>.
- Daoud, R., Harbi, H., Kallel, R., Sallemi-Boudawara, T., Kchaou, A., & Boujelbene, S. (2023). Spontaneous perforation of primary gastric diffuse large B-cell lymphoma. *Clinical Case Reports*, 11(2), e6994. <https://doi.org/10.1002/ccr3.6994>.
- Fabbi, M., Hagens, E., Van Berge Henegouwen, M., & Gisbertz, S. (2021). Anastomotic leakage after esophagectomy for esophageal cancer: definitions, diagnostics, and treatment, *Diseases of the Esophagus*, 34(1), doaa039. <https://doi.org/10.1093/dote/daaa039>.
- Figueroa-Giralt, M., León, P., Korn, O., & Csendes, A. (2023). Enfrentamiento ante filtraciones de la esófago yeyuno anastomosis. *Revista de cirugía*, 75(6), 480-487. <https://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920230061947>.
- Konstantinides, S., Meyer, G., Becattini, C., Bueno, H., Geersing, G., Harjola, V., Huisman, M., Humbert, M., Jennings, C., Jiménez, D., Kucher, N., Lang, I., Lankeit, M., Lorusso, R., Mazzolai, L., Meneveau, N., Ni Ainle, F., Prandoni, P., Pruszczyk, P., Righini, M.,... Zamorano, J. L. (2020). 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). *European Heart Journal*, 41(4), 543-603. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz405>
- Manara, M., Aiolfi, A., Wang, Q., Bonitta, G., Shabat, G., Biondi, A., Cali, M., Bona, D., & Bonavina, L. (2025). One-tage versus two-stage gastrectomy for perforated gastric cancer: systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical medicine*, 14(13), 4603. <https://doi.org/10.3390/jcm14134603>.
- Matysiak-Budnik, T., Fabiani, B., Hennequin, C., Thieblemont, C., Malamut, G., Cadiot, G., Bouché, O., & Ruskoné-Fourmestreaux, A. (2018). Gastrointestinal lymphomas: french intergroup clinical practice recommendations for diagnosis, treatment and follow-up (SNFGE, FFCD, GERCOR, UNICANCER, SFCD, SFED, SFRO, SFH). *Digestive and liver disease: official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver*, 50(2), 124–131. <https://doi.org/10.1016/j.dld.2017.12.006>
- Mocan L. (2021). Surgical management of gastric cancer: a systematic review. *Journal of clinical medicine*, 10(12), 2557. <https://doi.org/10.3390/jcm10122557>
- Nagesh, V., Bhujju, R., Mohammed, A., Martinez, E., Basta, M., Francis, D., Dey, S., James, M., Islek, D., Bhattarai, S., Saafan, A., Badam, S., & Atoot, A. (2025). Gastrointestinal lymphomas: A comprehensive review of epidemiology, clinical features, diagnosis, histopathology, and management. *Lymphatics*, 3(31). <https://doi.org/10.3390/lymphatics3040031>.
- Sánchez-Gonzalez, C., Fernández-Aguilar, J., Moreno-Ruiz, J., Montiel-Casado, C., Pedreño, L., Cañas-García, I., & Santoyo, J. (2026). Endoscopic management of upper GI anastomotic leaks after oesophagectomy or gastrectomy: experience from a high-volume centre. *Surgical Oncology*, 64, 102353. <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2026.102353>