Cir Esp. 2014;92(Espec Congr):546

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-173 - APLICACIÓN DE PARCHE SELLANTE DE FIBRINA TRAS LINFADENECTOMÍA D1 AMPLIADA LAPAROSCÓPICA POR CÁNCER GÁSTRICO DE LOCALIZACIÓN ANTRAL

J.F. Ruiz Rabelo, E. Navarro Rodríguez, N. Díaz Jiménez, I. Macías Puertas, A. Membrives Obrero y J. Briceño Delgado

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Objetivos: Se presenta la técnica de aplicación de sellante de fibrina (Tachosil) en un caso de gastrectomía subtotal con linfadenectomía D1 ampliada en el que se objetiva intraoperatoriamente acúmulo linfoquiloso en bifurcación de tronco celíaco.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 71 años con antecedentes de DM tipo 2, HTA, dislipemia, SAOs y obesidad grado II que consulta en el servicio de gastroenterología por clínica de epigastralgia de un año de evolución. Tras la realización de endoscopia, ecoendoscopia y TAC toracoabdominal fue diagnosticada de adenocarcinoma gástrico tipo intestinal moderadamente diferenciado (T2N0M0) de localización antral. Tras la presentación del caso en comité de tumores digestivos se plantea para gastrectomía subtotal laparoscópica con linfadenectomía D1 y reconstrucción en “Y de Roux” sin neoadyuvancia. Para la intervención la paciente es colocada en posición francesa y se introdujeron 5 trócares para abordaje supramesocólico. Se realiza gastrectomía subtotal con linfadenectomía de los grupos ganglionares 1, 3, 4sb, 4d, 5, 6, 7, 8 y 9. Se trata de una linfadenectomía D1 ampliada o D2 sin linfadenectomía esplénica. La vena y arteria gastroepiploica fueron disecadas, clipadas y seccionadas, así como la gástrica derecha. Tras disección de tronco celíaco se procede a grapado y sección mediante endoGIA universal 45 con carga blanca. Para el resto se aplica Ultracision y energía monopolar mediante gancho eléctrico. Tras finalizar la fase reconstructiva (Y de Roux con asa trasmesocólica) se objetiva acúmulo de linfa en zona de disección ganglionar y borde superior de páncreas. El parche de Tachosil es doblado longitudinalmente en el interior de un dedo de guante para su introducción por una puerta de 10-12 mm. Ya en cavidad es extendido cuidadosamente, cubierto por una gasa y humedecido con suero salino. Tras esperar varios minutos se retira la gasa comprobándose adherencia completa del parche al campo y ausencia de líquido linfático. La aplicación de parches de fibrina en el sitio de linfadenectomía se ha descrito para cirugía ginecológica y urológica con reducción de la incidencia de linfocele o seroma. Nuestro grupo demostró su utilidad para la linfadenectomía axilar y ha extendido su utilización a situaciones en las que varios grupos ganglionares de localización abdominal son disecados (linfadenectomía pélvica). En nuestro caso la paciente presenta riesgo de linfocele por dos motivos: obesidad central y disección linfática amplia. El postoperatorio cursó sin incidencias, tolerando líquidos a las 24 horas y siendo dada de alta al cuarto día. El drenaje se retiró el tercer día postoperatorio y no se presentaron complicaciones precoces ni tardías relacionadas con su proceso.

Discusión: El uso de parches de fibrina en cirugía oncológica digestiva debe estar sujeto a criterios racionales mientras no se publiquen estudios comparativos que incluyan un número suficiente de pacientes. Su utilidad

See front matter © 2014 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados

para prevenir linfocele o seroma en el lecho de linfadenectomía ha sido probado en cirugía urológica y ginecológica de localización pélvica, por tanto, el uso de estos parches en la linfadenectomía por cáncer gástrico podría ser útil en la prevención de fuga linfática e incluso pancreática.

See front matter © 2014 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados