



## V-042 - GASTRECTOMÍA TOTAL Y ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICAS JUNTO CON LINFADENECTOMÍA D2 GUIADA MEDIANTE ICG

*Maruri Chimeno, Ignacio; López Otero, Marta; Jove Alborés, Patricia; Pardellas Rivera, M<sup>a</sup> Hermelinda; González Fernández, Sonia; Otero Martínez, Isabel; Sánchez Santos, Raquel*

*Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo.*

### Resumen

**Objetivos:** Seguir paso a paso la realización de una gastrectomía total laparoscópica junto con esplenectomía por afectación ganglionar del hilio esplénico, además de una linfadenectomía D2 guiada con verde de indocianina (ICG).

**Caso clínico:** Presentamos en formato vídeo el caso de un paciente de 50 años, sin antecedentes de interés, que acude a consulta por clínica de dolor abdominal de meses de evolución y rectorragia. Tras realizar una anamnesis completa y presentando una exploración normal se solicita un estudio de extensión. El TC abdominal describe una masa en curvatura mayor gástrica, con posible exteriorización y adenopatías patológicas a nivel del hilio esplénico y el ligamento gastrohepático. La gastroscopia confirma la presencia de una masa ulcerada a nivel de cuerpo y en las biopsias tomadas se evidencia un adenocarcinoma moderadamente diferenciado con afectación neural. Sospecha T4, N2-3, M0. En un primer tiempo llevamos a cabo una laparoscopia exploradora en la que se descarta la exteriorización de la masa y se confirma la presencia de adenopatías patológicas. Se decide por tanto iniciar el tratamiento con quimioterapia neoadyuvante mediante 4 ciclos de esquema FLOT, obteniendo una respuesta parcial con disminución del tamaño tanto de la masa como de las adenopatías. En un segundo tiempo se plantea el rescate quirúrgico, realizando una gastrectomía total junto con esplenectomía laparoscópicas y una linfadenectomía D2 guiada con ICG. El ICG se inyecta endoscópicamente en el área tumoral 24 horas antes de la intervención. La anatomía patológica es de adenocarcinoma gástrico pobemente diferenciado con afectación de la submucosa y afectación metastásica en 2 de los 54 ganglios aislados, ambos positivos en el marcaje con ICG (grupos 4 y 7). El paciente presenta una pequeña fuga a nivel de la anastomosis esófago-yeeyunal, tratada con endoprótesis y una sepsis por catéter central. Buena evolución tras antibioterapia endovenosa, retirando la endoprótesis tras 6 semanas.

**Discusión:** El uso de ICG ya no solo se limita a la valoración vascular de los tejidos. El rastreo ganglionar con instilación tumoral de ICG podría ser una herramienta útil a la hora de realizar la linfadenectomía.