



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**
Revista de la Asociación Española de Cirujanos

Volumen 91, Especial Congreso 2, Octubre 2013

XIX Reunión Nacional de Cirugía

Madrid, 21-25 de octubre de 2013



www.elsevier.es/cirugia

O-019 - GASTRECTOMÍA TOTAL ONCOLÓGICA: NOVEDADES EN 2013

J.S. Azagra, M. Goergen, A. Sánchez Ramos, L. Arru, V. Poulain y G. Orlando

Centre Hospitalier, Luxemburgo.

Resumen

La gastrectomía total es el tratamiento de elección del adenocarcinoma de tercio superior y medio resecado con intención curativa. El abordaje laparoscópico permite una exploración satisfactoria de la cavidad peritoneal y optimiza el estadiaje en los tumores límites T3 o T4, en pacientes con enfermedad local avanzada o con carcinomatosis peritoneal. La laparoscopia puede eliminar laparotomías innecesarias en el 10% de los pacientes que se ven afectados por estas condiciones con contraindicación formal para la resección. La resección gástrica completa asociada a la linfadenectomía D2 se puede realizar actualmente con una técnica bien establecida. La particularidad de la resección gástrica por laparoscopia es que el estómago y el epiplón mayor se extraen de forma separada. La reconstrucción del tránsito digestivo es más compleja y requiere una variedad de técnicas (laparotomía supraumbilical, técnica Orvil[®], ampliación de un orificio de trocar para el paso de endograpadora circular, anastomosis mecánica latero-lateral, etc.) pero ninguna de ellas ha llegado a ser gold estándar. Esto justifica la dificultad para extender el uso de la cirugía mini-invasiva en los países occidentales. Las sociedades científicas insisten en la necesidad de estudios prospectivos para establecer el papel de la laparoscopia en el cáncer gástrico (gastrectomía profiláctica en cáncer gástrico con CHD-1, tumores menores de T3, gastrectomía paliativa). Queremos presentar nuestra técnica para la resección total gástrica con linfadenectomía D2 asociada que permite la realización de una anastomosis esófago-yeyunal manual factible, segura, efectiva y sin tensión. De esta manera cualquier cirujano familiarizado con la técnica laparoscópica puede llevarla a cabo manteniendo los principios de resección oncológica. El coste es relativamente menor porque no son necesarios ni una endograpadora circular ni otros instrumentos específicos. Para concluir, la incisión para extraer la pieza se puede realizar en cualquier zona del abdomen (en nuestra práctica habitual, a través una incisión suprapúbica).