



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## V-118 - MÉTODO DE RECONSTRUCCIÓN TRAS GASTRECTOMÍA TOTAL ONCOLÓGICA

Morales Conde, Salvador<sup>1</sup>; Silva Fernández, Jesús Manuel<sup>2</sup>; Socas, María<sup>1</sup>; Alarcón del Agua, Isaías<sup>1</sup>; Aparicio, Daniel<sup>1</sup>; Reguera, Julio<sup>1</sup>; Vázquez Medina, Antonio<sup>1</sup>; Ibáñez Delgado, Francisco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>2</sup>Complejo Asistencial de Palencia, Palencia.

### Resumen

**Introducción:** La cirugía sigue siendo el pilar fundamental del tratamiento del cáncer gástrico. El abordaje laparoscópico en los últimos años se ha ido incrementando progresivamente, aunque no deja de ser una opción con una mayor dificultad técnica respecto al abordaje laparotómico, y que requiere de una mayor curva de aprendizaje. El objetivo se basa en mostrar la eficacia y seguridad del abordaje del cáncer gástrico por vía laparoscópica, sin alterar los parámetros oncológicos ni de morbilidad.

**Caso clínico:** Presentamos el caso clínico de un varón de 65 años con los siguientes AP: HTA, dislipemia, fibrilación auricular paroxística y bronquitis de repetición. Presenta dolor epigástrico acompañado de vómitos, que han ido aumentando progresivamente. Se realizan las siguientes pruebas complementarias: TAC abdominal (marcado engrosamiento de la pared gástrica patológica, sin evidencia de enfermedad a distancia), gastroscopia (pliegues gástricos engrosados en cuerpo medio sugestivos de malignidad, realizándose biopsias con resultado anatomopatológico de adenocarcinoma poco diferenciado tipo difuso de células en anillo de sello) y ecoendoscopia (aspecto linítico que puede corresponder a linitis plástica o linfoma uT2-T3, uN0). El paciente es presentado en sesión clínica multidisciplinar decidiéndose tratamiento neoadyuvante. El paciente es presentado en sesión clínica multidisciplinar decidiéndose tratamiento neoadyuvante. Tras el mismo no se observa progresión ni regresión de la misma (ecoendoscopia y TAC con similares resultados), por lo que se decide la realización de tratamiento quirúrgico planteándose gastrectomía total laparoscópica. Intervención quirúrgica: neumoperitoneo con Veress a 12 mmHg. Acceso laparoscópico con 5 trócares. Tras la comprobación de la resecabilidad se realiza gastrectomía total laparoscópica con linfadenectomía D1+ y reconstrucción en Y de Roux con anastomosis esofagoyeyunal latero-lateral mecánica y cierre del defecto son sutura barbada reabsorbible. Comprobación de la estanqueidad de las anastomosis y extracción de la pieza en bolsa por incisión de Pfannestiel. Durante la cirugía se produjo una mínima laceración esplénica que se resolvió laparoscópicamente. El postoperatorio transcurrió favorable y sin complicaciones. Fue dado de alta al 6º día postoperatorio. El resultado de la anatomía patológica reveló un adenocarcinoma gástrico de tipo difuso/anillo de sello, con 3 ganglios afectados de 22 (ypT3N2).

**Discusión:** El abordaje laparoscópico del cáncer gástrico es factible y seguro, sin alterar los parámetros oncológicos. No obstante esta cirugía ha de realizarse por cirujanos expertos, requiriéndose una curva de aprendizaje importante. El estudio multidisciplinar de cada caso con otras especialidades es fundamental para la indicación de cada tratamiento.