



www.elsevier.es/cirugia

V-002 - LINFADENECTOMÍA D2 CON ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL CÁNCER GÁSTRICO

Toledano Trincado, Miguel¹; Lozano, Manuel²; Aranzana, Aurelio Francisco³; Martín Esteban, María Luz¹; Toscano Novella, Alberto²; Montenegro Martín, María Antonia¹; Martín del Olmo, Juan Carlos¹; Toscano Novella, Ernesto²

¹Hospital Comarcal de Medina del Campo, Medina del Campo. ²Hospital Povisa, Vigo. ³Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Resumen

Introducción: La cirugía oncológica gástrica mínima invasiva es una cirugía exigente, difícil de aprender y que requiere experiencia en cirugía oncológica esófago-gástrica y laparoscopia. La linfadenectomía extendida en los casos indicados requiere entrenamiento y estandarización de los pasos para minimizar la morbilidad.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 78 años de edad, diagnosticada de neoplasia gástrica cerca de la unión esofagogástrica, ulcerada y con adenopatía patológica en el TAC en curvadura menor gástrica. Tras ingreso en el hospital para optimización nutricional y fisioterápica, se realiza gastrectomía total, con linfadenectomía extendida D2 + esplenectomía mediante cirugía mínimamente invasiva. En el vídeo mostramos la estandarización de la linfadenectomía D2 con esplenectomía laparoscópica, haciendo especial énfasis en los grupos ganglionares más difíciles o resecados con menos frecuencia en las linfadenectomías limitadas a D1 o D1+. Intentamos mostrar la secuencia exérética en el tiempo quirúrgico así como los movimientos estandarizados para el correcto acceso a cada grupo ganglionar, centrándonos en el proceso de resección linfática y acortando el tiempo reconstructivo del tránsito ya aprendido. La evolución de la enferma fue buena, en los primeros días, con tránsito normal en el día 3, comprobado radiológicamente, apareciendo tras el comienzo de ingesta oral absceso subfrénico derecho con fístula en anastomosis esófago yeyunal, que requirió reintervención laparoscópica, con lavado, yeyunostomía y posterior colocación endoscópica de endoprótesis recubierta esofagoyeyunal. Fue reintervenida a los 15 días por hemoperitoneo, por sangrado de ateriola en tronco celiaco. Fue dada de alta a los 57 de la intervención. El resultado anatomopatológico fue de adenocarcinoma tubular de 3,3 cm de diámetro, con infiltración vascular y perineural, que llega hasta subserosa, márgenes libres de tumor y con metástasis en 4/10 adenopatías resecadas, pT3pN2.

Discusión: El único arma terapéutica eficaz contra el cáncer gástrico es la gastrectomía con linfadenectomía extendida. El debate sobre la morbilidad asociada a las linfadenectomías, la variable correlación del número de ganglios obtenidos con el tipo de linfadenectomía y la dificultad para su realización por vía laparoscópica, hacen que la gastrectomía laparoscópica oncológica esté tardando en instaurarse en las unidades de cirugía esofagogástrica de nuestro país.