



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-039 - GASTRECTOMÍA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA SIMPLIFICADA CON LINFADENECTOMÍA D2

Morante Perea, Ana Pilar; Priego, Pablo; González, Alberto; Rodríguez Velasco, Gloria; García Moreno, Francisca; Cuadrado, Marta; Galindo, Julio; Carda, Pedro

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: La experiencia adquirida en cirugía bariátrica y fundamentalmente en la realización del bypass gástrico simplificado, nos ha hecho incrementar las tasas de implementación de la cirugía mínimamente invasiva al tratamiento del cáncer gástrico. El siguiente vídeo muestra de forma sistematizada nuestro estándar a la hora de realizar una gastrectomía subtotal laparoscópica simplificada con linfadenectomía D2.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de un varón de 82 años diagnosticado de adenocarcinoma gástrico tras estudio por anemia ferropénica. En la panendoscopia se evidenció masa de 5 cm ulcerada y con zonas necróticas en unión antro-cuerpo. Las biopsias correspondieron a un adenocarcinoma enteroide infiltrante pobremente diferenciado. El EGD mostró un engrosamiento de pliegues con imágenes pseudo-nodulares mamelonadas en antro gástrico y el estudio de extensión con TAC toracoabdominopélvico no evidenció afectación metastásica. Tras presentar al paciente en comité de tumores se decide intervención quirúrgica sin administración de tratamiento neoadyuvante. El paciente es colocado en decúbito supino con los brazos abiertos y las piernas separadas. El neumoperitoneo se realiza con aguja de Veress en hipocondrio izquierdo y se colocan dos trócares de 12 mm, uno de 10 mm y dos trócares de 5 mm. A continuación realizamos una gastrectomía subtotal con linfadenectomía D2 incluyendo los grupos ganglionares 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8a, 9, 11p y 12a. La reconstrucción se realiza de forma antecólica, realizando una anastomosis gastroyeyunal con endograpadora lineal de 60 mm, y cerrando el orificio con una sutura continua barbada tipo Stratafix 2/0. A continuación, realizamos la yeyunoyeyunostomía a 70 cm de la anastomosis gastroyeyunal con una endograpadora lineal de 45 mm. El cierre del orificio se realiza con una sutura continua barbada tipo Stratafix 2/0. La extracción de la pieza se realiza por una incisión de Pfannestiel. La duración de la cirugía fue de 200 minutos. La anatomía patológica definitiva resultó ser un adenocarcinoma gástrico tipo enteroide pobremente diferenciado, con 4 ganglios afectados de 36 extirpados (T1bN2M0). Márgenes quirúrgicos libres. La evolución del paciente fue favorable, con tolerancia oral progresiva y retirada de drenajes tras reducción del débito. La estancia hospitalaria fue de diez días. Tras un año de seguimiento, y no administrando tratamiento quimioterápico adyuvante, no hay datos de recidiva tumoral.

Discusión: La gastrectomía subtotal laparoscópica con linfadenectomía D2 es factible y reproducible mediante un abordaje mínimamente invasivo, obteniendo márgenes adecuados y un número de ganglios comparables a los obtenidos mediante el abordaje abierto. La reconstrucción del tránsito de forma simplificada nos permite sistematizar el procedimiento y comprobar la estanqueidad de ambas anastomosis.