CIR ESP. 2019;97(Espec Congr 2):10

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

# V-044 - GASTRECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA, UNA COMPLICACIÓN IMPREVISTA

*Parada González, Purificación; Lesquereux Martínez, Lucia; Prieto, Luis; Montenegro, Ricardo; Bustamante, Manuel*

*Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.*

## Resumen

**Introducción:** Recientes revisiones sistemáticas concluyen que la gastrectomía con linfadenectomía D2 se puede realizar con una morbilidad y mortalidad a corto plazo equivalente a la vía abierta en el cáncer gástrico avanzado. Próximamente se comunicarán los resultados del estudio multicéntrico europeo Stomach Trial que esperamos aclare las posibles dudas sobre las ventajas y riesgos así como los resultados a largo plazo.

**Objetivos:** Mostrar en un video una complicación poco frecuente en la realización de la anastomosis esofagoyeyunal por vía laparoscópica y la resolución de la misma.

**Caso clínico:** Paciente de 73 años de edad con antecedentes personales de HTA e HLP y antecedentes familiares de dos hermanos operados de neoplasia gástrica que consulta por plenitud postprandial acompañada de astenia, anorexia y adelgazamiento de 3 kg de peso. Es diagnosticada mediante endoscopia y biopsias de adenocarcinoma tipo intestinal de cuerpo gástrico. La ecoendoscopia informa de un tumor que infiltra el cuerpo de páncreas con adenopatías sugestivas de malignidad en territorio de la arteria gástrica izquierda. Se programa para intervención quirúrgica en la que se evidencia infiltración de mesocolon adyacente a borde inferior pancreático y adenopatías en trípode arterial pero sin afectación del parénquima pancreático por lo que se practica gastrectomía total con resección en bloque del mesocolon afecto y linfadenectomía D2. Durante la intervención se observa una arteria hepática común aberrante procedente de la mesentérica superior. Al realizar la anastomosis esofagoyeyunal se produce grapado incidental de la sonda de temperatura esofágica que obliga a re-resección esofágica y re-anastomosis. La paciente evoluciona favorablemente, en el control radiológico a los 6 días no se evidencia fuga por lo que se reinicia la alimentación por vía oral con buena tolerancia. La anatomía patológica es informada como adenocarcinoma de tipo mixto de 7,5 cm de diámetro pT3 N1 LV1 PN1R 0.

**Discusión:** La gastrectomía laparoscópica para el cáncer localmente avanzado es factible y segura si se dispone de suficiente experiencia en laparoscopia avanzada y cirugía gástrica. La reconstrucción en gastrectomía laparoscopia es más compleja que en la vía abierta y pueden presentarse situaciones diferentes debido a la ausencia de palpación de las estructuras y las diferencias en la confección de la anastomosis.

0009-739X © 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados