



# Cirugía Española



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

## V-178 - GASTRECTOMÍA PROFILÁCTICA DEL REMANENTE GÁSTRICO

García Fernández, Andrés; del Pozo Elso, Pilar; Estela Vila, Luis Miguel; Villadóniga Sánchez, Arantxa; Yunta Abarca, Pedro; Moreno, Almudena; Palomo Sánchez, Juan Carlos

Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar la gastrectomía profiláctica del remanente gástrico, en un paciente con antecedente de *bypass* gastroileal y elevado riesgo de cáncer gástrico, como método seguro y eficaz para garantizar un adecuado seguimiento endoscópico del paciente.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de un varón de 49 años con antecedente de *bypass* gastroileal (BGI) y elevado riesgo de adenocarcinoma gástrico (AG). Debido a la imposibilidad de realizar seguimiento endoscópico completo, se realiza una gastrectomía profiláctica del remanente. Presentamos un vídeo de la intervención. Nuestro paciente, un varón de 49 años con antecedente de BGI en 2012 por obesidad mórbida (OM) grado II y diabetes de difícil control, es estudiado por elevado riesgo familiar de AG, con cuatro familiares por paternos fallecidos debido a esta enfermedad, recomendándose vigilancia estrecha anual mediante gastroscopia completa. Debido a la imposibilidad de realizar un adecuado estudio del remanente gástrico por esta vía, se valoran distintas medidas profilácticas y de vigilancia. Se descartan técnicas endoscópicas percutáneas por su agresividad y, dado que el paciente presenta un control metabólico adecuado, también se descarta revertir el BGI. Finalmente, se decide realizar una gastrectomía del remanente gástrico de carácter profiláctico que garantice la vigilancia de todo el parénquima gástrico restante. La intervención se realiza mediante abordaje laparoscópico. Tras la liberación inicial de las adherencias a la cara anterior del remanente, comenzamos la disección accediendo a la transcavidad y realizando la gastrolisis del segmento gástrico a extirpar. Posteriormente, se libera la cara posterior y procedemos a la disección duodenal a la altura de la arteria gastroduodenal. Tras seccionar el duodeno con una grapadora lineal, se completa la gastrectomía con la sección del ligamento gastrohepático. El paciente cursó un posoperatorio sin incidencias, con peso y glucemias mantenidas seis meses tras la intervención. El estudio de la pieza no encontró patología neoplásica ni premaligna.

**Discusión:** El AG es una enfermedad grave y de mal pronóstico cuya supervivencia depende de un diagnóstico precoz y un tratamiento agresivo. Aunque la mayoría de los casos son esporádicos, existen AG con tendencia a agruparse dentro de una familia. En estos casos, la vigilancia endoscópica debe recomendarse salvo que se pueda excluir una mutación documentada. Por otro lado, la OM es una enfermedad cada vez más prevalente, por lo que pacientes con antecedentes de cirugía bariátrica son cada vez más numerosos. Muchas técnicas de cirugía bariátrica, como el *bypass* gástrico en Y de Roux o el BGI, incluyen la realización de particiones gástricas y derivaciones gastroentéricas que dificultan el acceso endoscópico al estómago excluido. Este problema de abordaje endoscópico influye en el seguimiento por alto riesgo de AG y obliga a realizar medidas preventivas más agresivas. La gastrectomía profiláctica del remanente ha resultado ser una técnica segura y eficaz para cumplir con los objetivos de vigilancia

oncológica requeridos sin añadir morbilidad asociada a un peor control metabólico. Para su indicación deben valorarse alternativas menos agresivas aplicables a cada caso. Parece recomendable, en pacientes con OM y alto riesgo de AG, valorar realizar técnicas resectivas de inicio.