



P-207 - UTILIDAD DEL MAPEO LINFÁTICO CON ICG PARA EVITAR LA INFRAESTADIFICACIÓN EN LA LINFADENECTOMÍA AVANZADA DEL CÁNCER GÁSTRICO

Toledano Trincado, Miguel; Lizarralde Capelastegui, Andrea Carlota; Marcos Santos, Pablo; Sánchez González, Javier; Martín Esteban, María Luz; García Abril, Jose María; Tinoco Carrasco, Claudia; Pacheco Sánchez, David

Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid.

Resumen

Introducción: La linfadenectomía extendida D2 es la principal arma terapéutica para aumentar la supervivencia en el cáncer gástrico. Los enfermos con menos de 16 ganglios tienen menor supervivencia y mayor infraestadificación. En occidente el porcentaje de estos pacientes es superior al 30%. El mapeo linfático con ICG podría ayudar a reducir este porcentaje.

Métodos: Analizamos prospectivamente, los 83 pacientes intervenidos de gastrectomía entre enero 2019 y diciembre 2022, con base de Datos Access® 2003 y SPSS® V19. Hacemos estudio descriptivo y analizamos los Adenocarcinoma con intención curativa (55) en dos grupos: ICG (25) y No ICG (30). La instilación de ICG fue endoscópica, peritumoral, el día previo a la cirugía según disponibilidad de material y endoscopista.

Objetivos: El objetivo es valorar las ventajas del Mapeo ICG para; cuantificación del número de adenopatías y porcentaje de pacientes inferior a 16 ganglios.

Resultados: La edad media fue de 72,3 años, 49,4% varones, IMC medio 24,7, hgb 11,8 g/dl, prealbúmina 20,3 mg/dl y ASA III (55,4%). El principal síntoma fue síndrome constitucional (36,1%), y la localización antral (39,7%). Se realizó ecoendoscopia en el 65% (59,2% N-). El 71,1% fueron adenocarcinomas y la resección fue Mínimamente Invasiva en el 80,7% (10,8% robótica) con conversión del 3,6%. La cirugía paliativa 10,8%, resectiva paliativa en el 8,4%. La técnica más frecuente fue la gastrectomía subtotal (43,4%), total (37,3%). El tiempo medio quirúrgico fue 287 min, estancia mediana 9 días y 3 días de ingesta oral. La anastomosis digestiva fue mecánica lineal en el 72,8% y manual 14,2%, y la biliar siempre mecánica lineal. La reconstrucción en “Y de Roux” en el 98,7% y antecólica en el 78,7%. Tuvimos complicaciones en el 41%, Clavien-Dindo IIIa y IIIb, 7,2% y 8,4% respectivamente. Fuga duodenal (8,9%), esofagoyeyunal (15,1% totales), gastroyeyunal (2,7% subtotales) y pancreática (5,9%). El tratamiento de la fistula fue conservador endoscópico y drenaje *pig tail* en el 80%. El índice de reintervenciones 14,5%. La morbilidad a 30 y 90 días 49,4% y 8,4% respectivamente y la mortalidad del 8,9%. La resección R0 fue 82% y la neoadyuvancia del 19,3%. Se realizó Linfadenectomía avanzada en todos los pacientes con intención curativa (D1+ 29% y D2 71%). La media de ganglios en D1+ y D2 fue de 21,9 y 22 respectivamente. La media de ganglios en el grupo ICG (20,4) frente a No ICG (20) (p NS). El 44,1% tuvieron menos de 16 ganglios en No ICG frente al 16% en ICG (p 0,021). En los pacientes con linfadenectomía D2 la media de ganglios No ICG (21,4) frente a ICG (22,6) (p NS) y tuvieron menos de 16 ganglios No ICG (31,3%) frente a ICG (11,8%) (p NS). No hubo diferencias entre el número de ganglios cuando hicimos cambios en la linfadenectomía con

ICG.

Conclusiones: La linfadenectomía avanzada se realiza en todos nuestros pacientes. El mapeo ICG es una herramienta que aunque no aumenta el número de ganglios obtenidos en nuestras manos puede ayudarnos para disminuir los pacientes por debajo de 16 ganglios, consiguiendo una menor infraestadificación y mayor supervivencia.