



VC-029 - GASTRECTOMÍA SUBTOTAL Y COLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICAS EN ADENOCARCINOMA GÁSTRICO Y DE COLON SINCRÓNICOS

Thorpe Plaza, Benjamín; Diéguez, Mar; Lesquereux Martínez, Lucía; García Carrero, Marta; Bustamante, Manuel; Parada González, Purificación

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

Resumen

Objetivos: Mostrar el abordaje quirúrgico en un mismo tiempo de gastrectomía subtotal y colectomía derecha ampliada en paciente con neoplasia gástrica de incisura y neoplasia de colon transverso sincrónica.

Caso clínico: Varón de 75 años con antecedentes de ulcer gastrico, obesidad, hipertensión, dislipemia, colecistectomía por laparotomía e isquemia arterial crónica que requirió recientemente trombectomía de tercera porción poplítea derecha y tratamiento con prostaglandinas por reagudización de la isquemia. El paciente había sido diagnosticado mediante endoscopia, ecoendoscopia y TC de adenocarcinoma gástrico localizado en incisura cT2N0M0. En su hospital de referencia le realizan un PET-TC en el que se observa, además de la tumoración gástrica, captación patológica en una adenopatía supraclavicular derecha, una adenopatía subcarinal y una masa en colon transverso cercana al ángulo hepático que muestra intenso hipermetabolismo glicídico. El comité de tumores local asume que se trata de un estadio IV, descarta cirugía y quimioterapia (por su comorbilidad isquémica) y deciden tratamiento con inmunoterapia por tratarse de un adenocarcinoma con inestabilidad de microsatélites. El paciente solicita una segunda opinión y es derivado a nuestro centro. Se realiza ecobroncoscopia con punción de la adenopatía subcarinal que resulta negativa para malignidad y colonoscopia en la que se evidencia un adenocarcinoma de colon sincrónico. Es intervenido en marzo de 2023 por vía laparoscópica de forma programada. Se confirma tumoración en colon transverso y en cara posterior gástrica a nivel de incisura resecables. No hay signos de extensión peritoneal. Se decide resección con intención curativa realizando gastrectomía subtotal con linfadenectomía D2 y reconstrucción en Y de Roux antecólica más colectomía derecha ampliada. La anatomía patológica ratifica un adenocarcinoma mucinoso de estómago de 5,7 cm pT2 N0 PN0 LV0 R0 y un adenocarcinoma de colon transverso moderadamente diferenciado sobre adenoma tubulovelloso pT3 N0 PN1 LV0 R0. Se aíslan 32 adenopatías perigástricas y 27 pericolónicas. No se producen complicaciones en el posoperatorio y el paciente es dado de alta al octavo día. Oncología descarta administrar adyuvancia por las comorbilidades del paciente.

Discusión: La presentación sincrónica de cáncer gástrico y de colon es poco frecuente pero se estima que un 2-10% de los pacientes oncológicos pueden estar afectados por más de un tumor y en pacientes con cáncer gástrico, el tumor sincrónico más frecuente es el cáncer colorrectal. La mejora progresiva en los métodos de estadificación hacen que cada vez el diagnóstico sea más preciso. Se han señalado como factores que aumentan la incidencia de cáncer gástrico sincrónico o metacrónico en pacientes con cáncer de colon del sexo masculino, edad avanzada, historia familiar de tumores sólidos y pérdida de expresión de MSH2. La

resección quirúrgica radical de ambos tumores es un pilar fundamental del tratamiento. La estrategia terapéutica en pacientes con tumores sincrónicos abdominales no está estandarizada. Con suficiente experiencia en cirugía mínimamente invasiva, la resección simultánea de ambos tumores por vía laparoscópica con intención curativa es factible y segura favoreciendo una recuperación más rápida del paciente.