



P-195 - IMAGEN 3D COMO APOYO A LA TOMA DE DECISIONES EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER ESOFAGOGÁSTRICO

Mayo Ossorio, M.^a de los Ángeles; Bengoechea Trujillo, Ander; Fornell Ariza, Mercedes; Pacheco García, José Manuel

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Resumen

Introducción: La innovación en la imagen y las reconstrucciones en 3D, han irrumpido en la cirugía de forma exponencial en los últimos años. Cada vez son más las especialidades quirúrgicas que se suman a esta tecnología. Presentamos nuestra experiencia en el empleo de la reconstrucción en 3D y en la toma de decisiones en cirugía esofagogástrica.

Casos clínicos: Caso clínico 1: paciente de 49 años diagnosticado de Neoplasia maligna estenosante de tercio inferior de esófago con diagnóstico de AP Adenocarcinoma. T3N1M0. En TAC toracoabdominal identifican la lesión con afectación de cardias, sin afectar a fundas ni a cuerpo gástrico. Se realiza EDA, que confirma la lesión a ese nivel descartando afectación del resto del estómago. Se da tratamiento neoadyuvante y se plantea tras el mismo esofagectomía total 3 campos (toraco-laparoscópica y cervicotomía) con gastroplastia de Akiyama en la reconstrucción. Se realiza TAC de reevaluación que indica que hay engrosamiento a nivel del fundus gástrico, por lo que solicitamos reconstrucción 3D (Cella Medical Solutions) que muestra afectación de esófago distal, cardias y fundas gástrico. Tras la reconstrucción y al indicar como márgenes de seguridad más de 5 cm vemos que es imposible utilizar el estómago como plasta, lo que nos obliga a modificar el abordaje. Se realizó esofagectomía total transhiatal con coloplastia derecha y yeyunostomía de alimentación. El paciente evolucionó bien y fue dado de alta a los 7 días posoperatorios. Resultado posoperatorio. Adenocarcinoma de esófago distal, cardias, y fundus/cuerpo gástrico T2N1M0. Caso clínico 2: mujer de 78 años, con anemia crónica que en el contexto del estudio de anemia se realiza TAC abdominal que identifica una masa abdominal de 5x6cm en cara anterior gástrica que parece afectar a la pared e infiltra vasos de la curvatura menor gástrica. Se realiza EDA que no visualiza lesión intraluminal pero si impronta. Se propone inicialmente una gastrectomía subtotal dado que la masa parece estar en contacto con la cara anterior gástrica del cuerpo gástrico. Dada la edad de la paciente, se solicita no obstante reconstrucción de imagen en 3D (Cella Medical Solutions) que confirma que la masa no penetra en la pared gástrica, es superficial y tiene plano de separación de los vasos de la curvatura menor gástrica. Se decide realizar revisión por abordaje robótico y se realiza extirpación de la lesión sin necesidad de realizar resección gástrica atípica. La paciente fue dada de alta al 2.º día posoperatorio con adecuada tolerancia oral. AP: GIST gástrico.

Discusión: El empleo de la reconstrucción de las imágenes en 3D en cirugía ha supuesto un gran avance, a pesar de que en el momento actual es una tecnología cara, cada vez se utiliza más. En

nuestra experiencia, pensamos que en casos seleccionados de cirugía esofagogástrica tiene gran utilidad, ya que hace que podamos programar mejor la cirugía y los pasos a seguir, evitando gestos innecesarios (como en nuestro segundo caso en que una gastrectomía subtotal puede incrementar el riesgo y las complicaciones), o (como en el primer caso) conseguir resecciones R0.