



P-208 - UTILIZACIÓN DEL ICG EN LA LINFADENECTOMÍA DEL CÁNCER GÁSTRICO: MAPEO LINFÁTICO

Stredel Russian, Pedro Pablo; El Yaqine Er Raoudi, El Mostafa; Carrillo Trabalón, Francisco Luis; Lario Pérez, Sandra; Barragán Martínez, Jorge; Sánchez Rodríguez, Juan José; Utrillas Martínez, Ana Cristina; Noguera Aguilar, José Francisco

Hospital General Obispo Polanco, Teruel.

Resumen

Introducción: El cáncer gástrico (CG) ha sido por muchos años una de las principales causas de mortalidad por neoplasias a nivel mundial. A pesar de que en países occidentales se ha observado una importante disminución de la incidencia de la enfermedad, aún constituye una causa relevante de mortalidad. La cirugía es hoy el tratamiento más eficaz. Debido a los diferentes resultados obtenidos entre los cirujanos japoneses y los de países occidentales, la técnica quirúrgica estándar sigue siendo controvertida.

Caso clínico: Varón de 76 años exfumador, antecedentes de EPOC, HTA y colelitiasis, ingresa en Digestivo por Hematemesis. En gastroscopia se evidencia úlcera en cuerpo gástrico de unos 3-4 cm de bordes irregulares con un vaso central sin sangrado activo. Se toman biopsias resultando mucosa gástrica con displasia de alto grado y un foco de adenocarcinoma. En estudio de extensión no se evidencian adenopatías ni enfermedad a distancia. Se decide tratamiento quirúrgico de entrada. Previo a la cirugía (24 h) se realiza inyección de ICG por endoscopia. Se realiza gastrectomía casi total (95%) + linfadenectomía D2 con mapeo linfático con verde de indocianina. El resultado anatómopatológico concluye: adenocarcinoma intestinal (G2) (T2, N0, M0). Evoluciona favorablemente y es dado de alta al 14.º día posoperatorio.

Discusión: La técnica de gastrectomía con linfadenectomía D2 propuesta por la Japanese Research Society for Gastric Cancer para el cáncer gástrico no es aceptada por la mayoría de los cirujanos occidentales debido a su morbilidad, principalmente por hemorragia periesplénica y fistulas pancreáticas. La extensión de la linfadenectomía sigue siendo un aspecto controvertido. Un estudio retrospectivo (USA) demostró que un mayor número de ganglios extirpados (mínimo 15) se asocia a una mayor precisión en la evaluación de la extensión locoregional y a mayor supervivencia. Una revisión Cochrane, en la que se incluyen dos estudios prospectivos y aleatorizados realizados en Occidente, que comparan la linfadenectomía D1 con la D2, reveló una mayor mortalidad tras la linfadenectomía D2, sin detectar beneficio en la supervivencia. Reciente actualización de los resultados del estudio holandés (seguimiento de 15 años) demuestra que la linfadenectomía D2, asocia menor recurrencia locoregional, así como menor mortalidad relacionada con el CG cuando se compara con la D1. Linfadenectomías más extensas que la D2, no han demostrado mayor beneficio respecto a la linfadenectomía D2. Las guías de la European Society for Medical Oncology

recomiendan la linfadenectomía D2 modificada, siempre que se lleve a cabo por cirujanos expertos. Recientemente, la linfadenectomía guiada por fluorescencia para CG está ganando popularidad como marcador por su beneficio en el proceso de identificación de ganglios linfáticos para guiar al cirujano en la linfadenectomía. La mayoría de los trabajos hablan únicamente del mapeo linfático guiado por fluorescencia con ICG de forma descriptiva, ya que en realidad no se modifica la estrategia quirúrgica planificada inicialmente. Concluimos que el uso de verde de indocianina puede ser un recurso valioso en las linfadenectomías gástricas, ya que permite la identificación en tiempo real de los ganglios linfáticos durante la cirugía.