



V-122 - ESOFAGOGASTRECTOMÍA POLAR SUPERIOR CON RECONSTRUCCIÓN POR TÉCNICA DE DOBLE FLAP (KAMIKAWA)

Adriano Castro, Roberto; Velázquez Rebosa, Fabian; Rodríguez García, Alejandro; Menedez Jiménez de Zadava Lisson, Miriam; Bruna Esteban, Marcos; Mingol Navarro, Fernando; Vaque Urbaneja, Francisco Javier

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: La gastrectomía polar superior (GPS) está ganando fuerza en lesiones benignas o carcinomas en estadios iniciales de la unión esofagogástrica. Preservando parte de la función gástrica se consigue una mejoría del estado nutricional posoperatorio con unos resultados oncológicos similares. El principal problema que presenta esta técnica quirúrgica es la elevada incidencia de esofagitis por reflujo (21,8-71,6%), que afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes. Para intentar disminuir la incidencia de reflujo tras GPS, Kamikawa *et al.* describieron en 1998 una técnica de colgajo seromuscular tunelizando la anastomosis con función antirreflujo y un menor riesgo de fuga. Sin embargo, es técnicamente demandante, requiriendo mayor tiempo quirúrgico y se ha relacionado con una mayor tasa de estenosis de la anastomosis.

Caso clínico: Paciente de 44 años con tumor de GIST en la unión gastroesofágica. Respuesta radiológica excelente tras 8 meses de tratamiento neoadyuvante con Imatinib. Se decide esofagogastrrectomía polar superior con reconstrucción por técnica de doble *flap* (Kamikawa) toracoscópica. Endoscopia intraoperatoria inicial para la localización y extensión de la tumoración. Tras apertura del ligamento gastrohepático se evidencia el componente exofítico realizando su disección cuidadosa. Sección de vasos gástricos izquierdos individualizados. Linfadenectomía de grupos 7-8-9 por sospecha de afectación ganglionar en estudio de extensión. Disección del hiato esofágico permitiendo la movilización de la unión gastroesofágica y el posterior ascenso de la plastia gástrica. Sección del epiplón mayor preservando la arcada gastroepiploica, movilizando la curvatura mayor del estómago seccionando los vasos cortos. Sección con endograpadoras sobre curvatura menor gástrica confeccionando plastia tubular distal la tumoración con suficiente margen. Creación de *flaps* en cara posterior de la plastia gástrica demarcando una línea longitudinal de 4 cm y dos perpendiculares de 2,5 a 3 cm. Infiltración submucosa de suero fisiológico con epinefrina. Disección cuidadosa de ambos *flaps* seromusculares. Disección del esófago distal con suficiente margen para la confección de la anastomosis. Sección circunferencial del plano muscular esofágico y posteriormente el plano mucoso hasta completar la resección de la pieza quirúrgica. Ascenso mediastínico de la plastia gástrica previamente unida a la pieza quirúrgica. Anastomosis esofagogastrica circunferencial con sutura barbada reabsorbible. Sutura y tunelización esofágica con los *flaps* seromusculares previamente creados. Comprobación endoscópica intraoperatoria de la anastomosis y plastia gástrica. Evolución posoperatoria favorable con tolerancia oral precoz y alta hospitalaria al 5 DPO. AP: tumor GIST multifocal fusocelular con ausencia de celularidad tumoral viable. 1 ganglio afecto también con ausencia de celularidad tumoral viable. Respuesta completa. Seguimiento post operatorio sin restricciones dietéticas, sin síntomas de reflujo y con situación nutricional favorable.

Discusión: La GPS con anastomosis Kamikawa es una técnica segura que presenta excelentes resultados nutricionales, reducción en la clínica de RGE tanto subjetiva como evaluado por gastroscopia sin incremento de las complicaciones posoperatorias cuando se compara con la anastomosis clásica y con otras técnicas como la reconstrucción de Y-de-Roux y el Double Tract entre otras. Las variaciones técnicas la han hecho más segura y reproducible, minimizando la complejidad quirúrgica con el auge de la cirugía robótica.