



## V-038 - GASTRECTOMÍA SUBTOTAL CON LINFADENECTOMÍA D2 Y PRESERVACIÓN DE ARTERIA HEPÁTICA IZQUIERDA ORIGINADA DE ARTERIA GÁSTRICA IZQUIERDA ROBÓTICA

*Roqué, Raúl Mariano; Diéguez Álvarez, Mar; Lago Martínez, Fátima Yasmina; Lesquéreux Martínez, Lucía; García Carrero, Marta; Castiñeira Piñeiro, Andrea; Parada González, Purificación*

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

### Resumen

**Introducción:** El principal objetivo de la cirugía del cáncer gástrico es extirpar el tumor primario con unos márgenes longitudinales y circunferenciales adecuados junto con una linfadenectomía D2. Este procedimiento actualmente puede realizarse mediante un abordaje mínimamente invasivo en centros con experiencia.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 78 años de edad sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que consulta por clínica de semanas de evolución de anemia ferropénica y vómitos de repetición. Se realiza endoscopia digestiva alta en donde se evidencia neoplasia estenosante de antro gástrico que condiciona estómago de retención. Se toman biopsias para anatomía patológica las cuales revelan el diagnóstico de adenocarcinoma tubular infiltrante moderadamente diferenciado. Se realiza estadiaje tumoral con USE y TC toraco-abdomino-pélvico que descarta lesiones a distancia. Ante el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico cT4aN0M0 que condiciona cuadro oclusivo se decide en comité multidisciplinar cirugía directa. Técnica quirúrgica: mediante abordaje robótico se realiza gastrectomía subtotal con linfadenectomía D2. Se inicia disección de la curvatura mayor gástrica, accediendo a la transcavidad de los epiplones. Disección de los vasos gastroepiploicos derechos, que se seccionan entre hem-o-lok® y linfadenectomía del grupo ganglionar 6. Continuamos la disección a nivel de la curvatura menor donde se identifica arteria hepática izquierda procedente de la gástrica izquierda. Sección duodenal a dos centímetros distal al píloro con SureForm 60 mm carga azul reforzada dejando en pieza quirúrgica el grupo ganglionar 5. Disección en el origen de arteria esplénica y linfadenectomía del grupo 11p. Sección de vena gástrica izquierda y disección de arteria gástrica izquierda con sección de ramas de la misma distales al nacimiento de la hepática izquierda. Se realiza linfadenectomía del grupo 7, 9, 12a y 8. Se completa la linfadenectomía de la curvatura menor (grupo 3 y 1) y se secciona el cuerpo gástrico a nivel proximal, a cinco centímetros del tumor con tres cargas de SureForm 60 mm azul. Se realiza anastomosis gastroyeyunal latero-lateral mecánica con reconstrucción en Y de Roux y cierre del orificio de enterotomía con sutura barbada de 3/0s. Cierre de brecha mesentérica con poliéster 3/0s. La paciente es dada de alta al 7.º día sin complicaciones posquirúrgicas inmediatas. La anatomía patológica mostró un adenocarcinoma mixto de antro gástrico con infiltración vascular linfática y perineural, con bordes quirúrgicos libres y con metástasis en 10 de 51 ganglios resecados (TNM pT4apN3apMx), HER 2 negativo, con expresión conservadora para los genes reparadores de

ADN y con estudio de PD-L1 con CPS de 6. Actualmente el paciente está en seguimiento en consultas de Oncología a tratamiento con CAPOX.

**Discusión:** El abordaje robótico en la cirugía gástrica oncológica está ganando terreno frente a la laparoscopia dado a su mayor precisión, ergonomía y estabilidad que es proporcionado por su visión 3D y la articulación de los instrumentos con 7 grados de libertad. En nuestro caso, la gastrectomía subtotal con linfadenectomía D2 asistida por robot permitió una disección segura y minuciosa de los distintos grupos ganglionares así como de la arteria hepática izquierda proveniente de la gástrica izquierda.