



## V-094 - GASTRECTOMÍA 95% Y LINFADENECTOMÍA D2 TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER GÁSTRICO. ¿CÓMO LO HAGO?

Sarriugarte Lasarte, Aingeru<sup>1</sup>; Makkai Popa, Silviu<sup>2</sup>; Garcilazo, Dimas<sup>3</sup>; Goergen, Martine<sup>2</sup>; Ibáñez Aguirre, Francisco Javier<sup>4</sup>; Azagra, Juan Santiago<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Cruces, Barakaldo; <sup>2</sup>Centre Hospitalier Luxembourg, Luxemburgo; <sup>3</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba; <sup>4</sup>Hospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao.

### Resumen

**Introducción:** Las técnicas más aceptadas en la actualidad para el tratamiento del cáncer gástrico son la gastrectomía subtotal para el cáncer gástrico distal y la gastrectomía total para los tumores con infiltración difusa y proximales, con objetivo de mantener los márgenes oncológicos de seguridad necesarios en la resección. No obstante, la gastrectomía total presenta importantes tasas de complicación, incluso en manos experimentadas. La gastrectomía 95% pretende mediante la preservación de un pequeño muñón gástrico, disminuir las complicaciones anastomóticas de la gastrectomía total sin comprometer la radicalidad oncológica de la resección gástrica. Nuestro grupo realiza la gastrectomía 95% totalmente laparoscópica en pacientes con cáncer gástrico excluyendo aquellos de unión esofagogastrica.

**Objetivos:** La presentación de este vídeo tiene como objetivo mostrar la seguridad y reproductibilidad de esta técnica, estandarizada y descrita por nuestro grupo.

**Métodos:** Presentamos un vídeo en alta definición de nuestra técnica de "gastrectomía 95% totalmente laparoscópica". En él se reproducen todos los aspectos fundamentales del abordaje laparoscópico de la gastrectomía total con linfadenectomía D2 con la excepción de la preservación de un pequeño muñón gástrico. Se realiza la extracción de los grupos ganglionares 1-6 añadida a los 7, 8, 9, 11p y 12, resecando también las estaciones 10 y 11d en los casos en los que el tumor se localiza en la parte alta de la curvadura mayor o presenta extensión hacia el ligamento gastroesplénico y los vasos cortos. Se realiza la resección gástrica mediante la preservación de un pequeño muñón gástrico de 2 cm con el fin de evitar una anastomosis esófago yeyunal y sus potenciales complicaciones. El remanente gástrico mantiene la vascularización mediante vasos suberosos de la vascularización metamérica esofágica, de los vasos diafragmáticos y/o provenientes de la arteria esplénica, tal y como se muestra en los estudios arteriográficos y en la misma intervención quirúrgica. Para terminar, se realiza una anastomosis gastro-yeyunal término-lateral con sutura continua de material reabsorbible barbado de larga duración. Ninguno de los pacientes presenta de rutina drenajes ni sonda nasogástrica y no son tratados en unidades de cuidados intensivos y tanto la ingesta oral como la deambulación comienzan desde el 1º día posoperatorio. Para describir la técnica y demostrar la factibilidad de este procedimiento, presentamos un vídeo sobre una paciente de 40 años con cáncer indiferenciado de cuerpo gástrico a la que se realizó gastrectomía 95% y linfadenectomía D2 totalmente laparoscópica, mediante una intervención quirúrgica de tres horas de duración. La paciente no portó drenaje ni sonda nasogástrica y fue dada de alta el 6º día postoperatorio tras iniciar la ingesta y deambulación el 1º día posoperatorio, sin complicaciones. Tanto el margen proximal como distal resultaron respetados en la

anatomía patológica.

**Conclusiones:** La gastrectomía 95% es una herramienta factible y segura que permite en pacientes seleccionados cumplir los estándares oncológicos de resección en el cáncer gástrico con afectación proximal, disminuyendo los riesgos perioperatorios como la fuga anastomótica y permitiendo a su vez una mejor recuperación postoperatoria y una mayor inclusión de los pacientes en protocolos de quimioterapia adyuvante si fuera necesario.