



P-135 - RESECCIÓN PANCREÁTICA CON INTENCIÓN CURATIVA POR CÁNCER GÁSTRICO

Ortiz López, David; Acosta Mérida, María Asunción; Medina Velázquez, Raúl; Callejón Cara, María del Mar; Sánchez Guedes, Isabel; Casimiro Pérez, José; Artiles Armas, Manuel; Marchena Gómez, Joaquín

Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: La supervivencia del cáncer gástrico está condicionada por la cirugía radical con resección completa R0. Asociar una resección pancreatoduodenal por extensión tumoral a órganos en vecindad, no es un procedimiento aceptado como estándar para el tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico avanzado. Existen situaciones en las que puede estar justificado. Presentamos el caso clínico de un paciente con cáncer gástrico localmente avanzado en el que se planteó la extensión de la resección quirúrgica a órganos vecinos, con intención curativa, así como revisión de la literatura.

Caso clínico: Varón de 76 años con dolor epigástrico y síndrome constitucional de tres meses de evolución. Se realiza endoscopia digestiva alta que objetiva una gran úlcera antropilórica que no permite el paso del endoscopio. La biopsia muestra adenocarcinoma infiltrante. El estudio de extensión determina una neoplasia estenosante antropilórica, con adenopatías perigástricas y en ligamento gastrohepático, estadio II-B (T3N1M0). Se decide neoadyuvancia con 9 ciclos de paclitaxel-carboplatino y radioterapia 45Gy, dos meses. El TC toracoabdominal de reestadiaje, objetiva respuesta parcial y se decide rescate quirúrgico. La laparoscopia exploradora muestra tumoración pétrea en píloro, con adenopatías sospechosas de malignidad en ligamento hepatoduodenal. Se observa aparente infiltración de todo el espesor de la pared gástrica y extensión tumoral hacia el duodeno, superando la arteria gastroduodenal y llegando a la papila, sin poder precisar si se trataba de tumor o fibrosis residual tras la quimiorradioterapia. Se convierte a cirugía abierta y se realiza gastrectomía total, duodenopancreatetectomía cefálica y reconstrucción clásica tipo Whipple. La histología de la pieza quirúrgica mostró adenocarcinoma tubular residual de $3,5 \times 3$ mm, G1, con respuesta al tratamiento neoadyuvante y 12 ganglios linfáticos sin malignidad (ypT1b ypN0) (ver imágenes). Tras 3 años, el paciente se encuentra asintomático y sin signos de recidiva. En el cáncer gástrico localmente avanzado, el páncreas es el órgano más frecuentemente afectado, siendo considerado un factor de mal pronóstico. La resección oncológica completa de la enfermedad es vital para obtener un resultado óptimo, pero una cirugía que implique el duodeno o páncreas conlleva una elevada morbilidad y clásicamente no proporcionaba una mayor supervivencia. Estudios recientes muestran una disminución de la morbilidad con un incremento de supervivencia libre de enfermedad, en casos seleccionados. La valoración de la extensión tumoral, la situación basal del paciente y la posibilidad técnica de resección, son elementos indispensables para el éxito de este manejo agresivo. La precisión del estadiaje inicial del cáncer gástrico permite mejor selección de aquellos pacientes que se pueden beneficiar de una cirugía ampliada más allá de los límites habituales de la gastrectomía oncológica estándar y también puede evitar cirugías innecesarias de alta morbilidad.

Discusión: La realización de una duodenopancreatectomía cefálica asociada a la gastrectomía oncológica por adenocarcinoma gástrico avanzado, constituye una opción factible y segura, en pacientes seccionados.