



www.elsevier.es/cirugia

V-060 - GASTRECTOMÍA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA POR NEOPLASIA GÁSTRICA CON EXPLORACIÓN DE VÍA BILIAR ASOCIADA

Pinillos, Ana; Muriel, Pablo; Escartín, Alfredo; González, Marta; Santamaría, Maite; Ortega, Jaume; Cuello, Elena; Olsina, Jorge Juan

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

Introducción: El progresivo aprendizaje laparoscópico en cirugía gástrica y el gran desarrollo de instrumentos y material laparoscópico que facilita la realización de procedimientos avanzados, ha provocado que se incremente el uso de la laparoscopia en el tratamiento del cáncer gástrico. La posibilidad de realizar un tratamiento mínimamente invasivo, reduciendo el dolor postoperatorio, el periodo de recuperación y la morbilidad postoperatoria son las principales ventajas del acceso laparoscópico.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 75 años sin AMC con antecedentes de cardiopatía isquémica que ingresa en nuestro servicio de cirugía por colangitis secundaria a coledocolitiasis. Se solicita CPRE durante su ingreso que describe una lesión gástrica de la que se toma biopsia, siendo imposible acceder a la papila de Vater para realizar esfinterotomía y extracción de litiasis por la existencia de divertículos duodenales. El resultado de anatomía patológica de la lesión gástrica es compatible con adenocarcinoma de tipo intestinal, siendo el TC de estudio de extensión negativo. Se presenta el caso clínico en comité de tumores multidisciplinar y se decide realizar gastrectomía subtotal laparoscópica realizando exploración de la vía biliar durante la misma operación. Se intervino de forma programada realizando una gastrectomía subtotal con reconstrucción en Y de Roux. Tiempo quirúrgico de 300 minutos con unas pérdidas sanguíneas 250 cc. Se realizó coledocotomía con extracción de litiasis, así como exploración intraoperatoria de vía biliar y conductos principales mediante coledoscopio, se realizó sutura primaria de colédoco y se colocaron dos drenajes tipo Blake. Ingreso de 9 días de duración, con un Clavien II ya que presentó anemización progresiva con necesidad de transfusión de 2CCHH sin repercusión hemodinámica. La anatomía patológica definitiva fue un estadio IA con un total de 22 ganglios aislados sin evidencia de neoplasia en ninguno de ellos por lo tanto no precisa de tratamiento adyuvante. El paciente se encuentra asintomático, con suplementación nutricional con seguimiento en CCEE de Cirugía.

Discusión: En nuestro caso no se han producido graves complicaciones postoperatorias al realizar de forma simultánea la resección gástrica y la exploración de la vía biliar con drenaje de la misma. Desde el punto de vista oncológico el número de ganglios extraídos y los márgenes quirúrgicos son similares a los que obtenemos en pacientes en los que realizamos cirugía abierta; por tanto aunque es un solo caso clínico la laparoscopia en cirujanos expertos es una técnica segura y eficaz.