



## VC-054 - PASO A PASO: GASTRECTOMÍA TOTAL Y LINFADENECTOMÍA D2 ROBÓTICA

Rubio García, Juan Jesús<sup>1</sup>; Alcázar López, Cándido<sup>1</sup>; Carbonell Morote, Silvia<sup>1</sup>; Pascotto, Beniamino<sup>2</sup>; Melgar Requena, Paola<sup>1</sup>; Marco Gómez, María<sup>1</sup>; Ramírez Ángel, José Manuel<sup>1</sup>; Santiago Azagra, Juan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario, Alicante; <sup>2</sup>Centre Hospitalier de Luxembourg, Luxemburgo.

### Resumen

**Introducción:** El cáncer gástrico presenta un pronóstico desfavorable. El abordaje robótico podría ofrecer ventajas técnicas sobre el laparoscópico o abierto. La gastrectomía total es el procedimiento de elección en neoplasias gástricas extensas, sin embargo, este procedimiento asocia una elevada morbilidad posoperatoria. En combinación con una linfadenectomía D2 permite disminuir el riesgo de recidiva loco-regional aumentando considerablemente la dificultad técnica de este procedimiento.

**Caso clínico:** Mujer de 63 años que durante el seguimiento radiológico de adenomas bilaterales suprarrenales y pérdida de peso es diagnosticada de un carcinoma difuso con células en anillo de sella gástrico subcardial mediante TC y endoscopia digestiva. En comité multidisciplinar se decide laparoscopia de estadiaje sin evidenciar carcinomatosis peritoneal y quimioterapia neoadyuvante (esquema FLOT) seguido de intervención quirúrgica. Técnica quirúrgica: mediante abordaje robótico se lleva a cabo una gastrectomía total con linfadenectomía D2. Realizamos neumoperitoneo con aguja de Verres. Comenzamos gastrectomía y linfadenectomía a nivel de la curvatura mayor, accediendo a la transcaudad de los epiplones. Disección meticolosa de vasos gastroepiploicos derechos que se seccionan. Continuamos a nivel de la curvatura menor realizando la sección gástrica distal. Disección de arteria gástrica derecha, hepática común, hepática propia, gástrica izquierda y tronco celíaco incluyendo en la pieza quirúrgica sus correspondientes estaciones ganglionares. Completamos linfadenectomía D2 según la definición de la Japanese Gastric Cancer Association incluyendo D1+ y 8a, 9, 11p, 11d, 12a. Para la reconstrucción en Y de Roux se realiza una anastomosis esofagoyeyunal manual termino-lateral y una anastomosis entero-entérica latero-lateral mecánica lineal. Comprobando con verde de indocianina la buena vascularización de la anastomosis. Al octavo día posoperatorio es dada de alta al evolucionar favorablemente tras el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar y tratamiento anticoagulante. La anatomía patológica mostró un carcinoma difuso con células en anillo de sella gástrico pT4N1. Tras un año de seguimiento no ha presentado recidiva tumoral.

**Discusión:** La extensión de la linfadenectomía es una de las principales controversias quirúrgicas. En la actualidad, la linfadenectomía D2 es el procedimiento de elección, demostrando en estudios a largo plazo una menor tasa de recurrencia locoregional, sin embargo, algunos estudios no han demostrado un aumento en la supervivencia global a 5 años. La cirugía robótica ofrece una serie de ventajas frente al abordaje laparoscópico, permitiendo una mejor visión en 3D, una mayor libertad de movimiento y anula el temblor del cirujano, aumentando de forma considerable la precisión. Por este motivo, se han publicado diferentes estudios que han tratado de comparar el abordaje robótico frente al abordaje abierto, comprobando una menor

proporción de complicaciones mayores, una menor estancia hospitalaria y mayor número de ganglios linfáticos aislados, a expensas de un mayor tiempo quirúrgico. Por otro lado, se ha comparado el abordaje robótico frente al abordaje laparoscópico comprobando que ambos abordajes podrían ser comparables a corto y largo plazo. Sin embargo, son precisos nuevos estudios clínicos aleatorizados en este aspecto. El abordaje robótico es un abordaje mínimamente invasivo que permite de forma segura llevar a cabo un tratamiento quirúrgico oncológico óptimo de las neoplasias gástricas.