



## Carta al Director

# Acerca de los resultados a corto plazo de la gastrectomía casi total (95% gastrectomy)

## Regarding to short-term results of laparoscopic near-total (95%) gastrectomy



Sr. Director:

Hemos leído con interés el reciente artículo de Sarriugarte et al.<sup>1</sup> sobre los resultados a corto plazo de la gastrectomía casi total laparoscópica en el que analiza 2 centros hospitalarios especializados en el tratamiento del cáncer gástrico. No nos queda sino felicitar a los autores por la revisión de estos 67 pacientes de su estudio y por las conclusiones a las que llegan, con las que estamos totalmente de acuerdo.

A raíz de una conferencia del Dr. Azagra<sup>2,3</sup> hace unos años, y tras observar las complicaciones asociadas a la anastomosis esofagoyeyunal tras la gastrectomía total laparoscópica, decidimos seguir sus enseñanzas y aplicar dicha técnica para el tratamiento en una serie de nuestros pacientes.

Nuestra serie comprende 10 casos de gastrectomía casi total (95%) laparoscópica en los últimos 3 años con predominio del adenocarcinoma gástrico (7 casos), pero también se efectuó en 2 casos de tumor neuroendocrino gástrico y en un caso de GIST gástrico gigante que afectaba la curvatura menor a nivel del cuerpo gástrico.

A diferencia de los autores, y a pesar de que en 2 casos realizamos la anastomosis manual, en los 8 restantes hemos preferido efectuar una anastomosis con la endograpadora lineal de 45 mm (carga azul), cerrando el orificio de la misma con sutura barbada del tipo Stratafix 2/0, del mismo modo que realizamos en la anastomosis gastroyeyunal del bypass gástrico y que tan buenos resultados nos está ofreciendo.

Al igual que describían los autores, la tasa de fistula anastomótica fue del 0%, sin objetivarse en ninguno de los casos un margen proximal ni distal afectado, y no observándose ninguna recidiva a nivel de la anastomosis tras un seguimiento de 18,3 meses. Si bien un paciente (10%) falleció por diseminación de la enfermedad en forma de carcinomatosis peritoneal a los 12 meses.

Con relación a las complicaciones > IIIA, únicamente tuvimos un caso (10%) de empiema pleural que requirió drenaje

percutáneo y en el que se excluyó dehiscencia de anastomosis tras varios estudios radiológicos y endoscópicos normales.

En cuanto a la linfadenectomía efectuada, estamos de acuerdo con los autores en que, a pesar de dejar un pequeño muñón gástrico de 1-2 cm, resulta bastante sencilla realizar la linfadenectomía de los grupos 1 y 2 sin que se produzca isquemia del mismo. Siempre intentamos buscar la arteria gástrica posterior para preservarla y que irrigue correctamente el muñón gástrico, pero en ocasiones no es posible, y la vascularización del mismo queda únicamente a expensas de los vasos suberosos esofágicos sin que hayamos encontrado ningún problema. Sí es cierto que, siguiendo el consejo de los autores, intentamos no disecar en exceso el esófago en el mediastino.

En definitiva, estamos de acuerdo con Sarriugarte et al.<sup>1</sup> en que, al menos a corto plazo y con un número escaso de pacientes, en nuestra experiencia la gastrectomía casi total laparoscópica es una técnica segura oncológicamente y con una tasa de complicaciones posiblemente inferior a la gastrectomía total.

## Conflictos de intereses

Ninguno de los autores declara tener conflicto de intereses.

## B I B L I O G R A F Í A

1. Sarriugarte A, Arru L, Makai-Popa S, Goergen M, Ibañez-Aguirre FJ, Azagra JS. Resultados a corto plazo de la gastrectomía casi total (95% gastrectomy) laparoscópica. Cir Esp. 2018;6:6-11.
2. Arru L, Azagra JS, Facy O, Makai-Popa ST, Poulin V, Goergen M. Totally laparoscopic 95 % gastrectomy for cancer: Technical considerations. Langenbeck's Arch Surg. 2015;400:387-93.

3. Sarriugarte A, Arru L, Azagra JS. Totally laparoscopic 95% gastrectomy for gastric cancer: How to reduce complications while maintaining oncological radicality. *Laparosc Surg*. 2018;2:10.

Juan Ocaña, Pablo Priego\*, Marta Cuadrado y Julio Galindo

Unidad de Cirugía Esofagogastrica y Bariátrica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [papriego@hotmail.com](mailto:papriego@hotmail.com) (P. Priego).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.02.003>

0009-739X/

© 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.