



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



VC-040 - GASTRECTOMÍA TOTAL ROBÓTICA CON LINFADENECTOMÍA D2

Maestro de Castro, José Luis; González de Godos, Andrea; Bueno Cañones, Alejandro David; Veleda Belanche, Sandra; Estébanez Peláez, Guillermo; García Abril Alonso, José María; Toledano Trincado, Miguel; Pacheco Sánchez, David

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Introducción: El adenocarcinoma gástrico es una neoplasia gastrointestinal frecuente en pacientes de edad avanzada y representa un desafío terapéutico debido a su agresividad. En este trabajo se presenta un vídeo en el que se ilustra el caso de un paciente con una neoformación gástrica localizada en la región subcardial, el cual fue tratado mediante gastrectomía total robótica, con mapeo linfático mediante verde de indocianina (ICG) durante la linfadenectomía.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 78 años con antecedentes de hipertrofia benigna de próstata, hiperuricemia, HTA y DM2, sin cirugías abdominales previas. El paciente fue remitido a nuestro servicio tras un ingreso en Digestivo por un cuadro de abdominalgia e ictericia con la presencia de coledocolitiasis visualizada en TAC abdominal. Fue tratado mediante antibioterapia empírica y tratamiento endoscópico CPRE, donde se visualizó la presencia de una lesión gástrica en región subcardial polipoidea y ulcerada, sugestiva de malignidad, que se biopsió con el resultado de adenocarcinoma moderadamente diferenciado ulcerado e infiltrante. Posteriormente se completó el estudio con un TC, sin observar enfermedad a distancia, y una ecoendoscopia sectorial observando signos de infiltración de la capa muscular, preservando la serosa, lo que corresponde con un estadiaje T3N0 (subserosa). Tras ser presentado en comité de tumores, se decidió realizar una gastrectomía total robótica con linfadenectomía D2. En la cirugía se lleva a cabo la disección de curvatura mayor hasta ángulo de Hiss, ligando vasos breves con Syncroseal. Disección de raíz de arteria gastroepiploica y linfadenectomía. Sección pilórica con endograpadora y linfadenectomía D2, realizando mapeo mediante ICG. Disección de tronco celíaco y sección en raíz de arteria gástrica izquierda. Sección en la unión esofagogástrica y anastomosis esofagoyeyunal laterolateral con endograpadora y cierre de esofagostomía con sutura barbada. Se realiza endoscopia intraoperatoria para testar la anastomosis. Se realiza pie de asa mediante anastomosis laterolateral con endograpadora y cierre de enterotomía con sutura.

Discusión: El diagnóstico de adenocarcinoma gástrico en este paciente se realizó de manera incidental durante la evaluación de la coledocolitiasis, lo que permitió un abordaje terapéutico precoz. La decisión de realizar una gastrectomía total robótica ofrece beneficios en términos de precisión y mínima invasión. Los resultados observamos hasta el momento en la cirugía robótica son satisfactorios, presentando un menor número de complicaciones intraoperatorias y una mayor capacidad de resección linfática, además de superar las dificultades técnicas que presenta la técnica

laparoscópica. La linfadenectomía D2 permite una extirpación adecuada de los ganglios linfáticos regionales. El uso del verde de indocianina para el mapeo linfático mejora la identificación de los ganglios linfáticos durante la cirugía, lo que facilita una resección más completa, evitando así la infraestadificación tumoral. Este caso ilustra la importancia de una evaluación integral en pacientes con coledocolitiasis y síntomas gastrointestinales. El manejo quirúrgico multidisciplinario con técnicas avanzadas como la gastrectomía total robótica y la linfadenectomía D2 con mapeo linfático puede ofrecer resultados favorables en pacientes con adenocarcinoma gástrico.