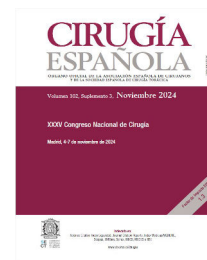




# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## VC-048 - LINFADENECTOMÍA EN CÁNCER GÁSTRICO

Vázquez Tarragón, Antonio; Almonacid Martínez, Magdalena; Aguilera Capsir, Eva; Sáez Ruiz, Susana; Villaseñor Cerdá, Elena; Rodríguez Carrillo, Rodolfo; Fernández Martínez, Cristina

Hospital de Sagunto, Puerto de Sagunto.

### Resumen

**Introducción:** El cáncer gástrico es todavía una causa importante de muerte relacionada con cáncer. El tratamiento individualizado y adaptado al estadiaje del paciente es crucial para obtener unos resultados oncológicos satisfactorios. La invasión de ganglios linfáticos es uno de los factores pronósticos más importantes para la supervivencia del cáncer gástrico. Así pues, la linfadenectomía es un paso crucial durante la gastrectomía radical por cáncer si bien su extensión sigue siendo motivo de controversia.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 70 años sin comorbilidad asociada que consulta por un cuadro de melenas y anemia. La endoscopia digestiva alta aprecia una úlcera de aspecto maligno de 1 cm en cara anterior de cuerpo-antro gástrico y la biopsia es de adenocarcinoma de tipo intestinal. El estudio de extensión por TC descarta la presencia de adenopatías y metástasis a distancia y la eco-endoscopia aprecia invasión de mucosa, submucosa y muscular de la mucosa sin apreciar adenopatías. El comité multidisciplinar decide cirugía radical. El vídeo muestra la etapa de linfadenectomía D1+ durante una gastrectomía subtotal oncológica.

**Discusión:** Tanto la morbilidad posoperatoria como un estadiaje ganglionar correcto dependen de la extensión de la linfadenectomía; una linfadenectomía insuficiente puede llevar a infraestadiar y por tanto infratatar al paciente mientras que por otro lado linfadenectomías innecesarias asocian mayor morbilidad. Si bien la linfadenectomía D2 es aceptada como la más conveniente en cáncer gástrico avanzado y la linfadenectomía D1 en estadios precoces. Tanto las guías de la JGCA y de la ESMO recomiendan linfadenectomía D1+ para los casos cT1N0 no resecables endoscópicamente. En este caso se obtuvieron 16 ganglios linfáticos, suficientes para realizar un adecuado estadiaje ganglionar.