

Publicado en Seclaendosurgery.com (en línea) 2012, nº 40.

Disponible: http://seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=260&Itemid=242

Copyright © Secla Endosurgery. Nº ISSN: 1698-4412

XI CONGRESO NACIONAL SECLA MADRID 2012 RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título:

GASTRECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA D1 + Beta PARA CÁNCER GÁSTRICO DEL TERCIO SUPERIOR

Autores:

Autor presentador:

Margarida Vives Espelta

Resto de autores:

Juan José Sanchez Cano

Francisco Buils Vilalta

Jordi Jara Jussà

María Socías Seco

Esther Raga Carceller

Marta París Sans

Eduard Baeta Capellera

Institución:

Hospital Universitar Sant Joan

Reus

España

Resumen de comunicación:

Introducción:

A día de hoy, la cirugía sigue teniendo un papel primordial en el tratamiento de esta enfermedad, apoyándose en tratamientos neoadyuvantes para mejorar los índices de reseccabilidad R0. La laparoscopia ha demostrado ser la vía de abordaje ideal para el cáncer gástrico precoz. A nivel mundial, existen multitud de grupos que están realizando cirugía con criterio oncológico por vía laparoscópica en el cáncer gástrico avanzado.

Objetivo:

Mostrar como también es posible realizar una cirugía oncológica en esta patología por vía laparoscópica.

Material y método:

Varón de 77 años, cardiopatía isquémica, Adenocarcinoma subcardial (tipo intestinal Her2 negativo). Se realiza neoadyuvancia por extensión local de la enfermedad, con respuesta parcial. Se plantea intervención quirúrgica, Gastrectomía total D1+ beta R0 con esófago-yeyunostomía en "Y" de Roux totalmente laparoscópica. Extracción de la pieza quirúrgica mediante bolsa endoscópica a través de pequeña incisión de Pfannestiel.

Resultados:

El tiempo quirúrgico fue de 5 horas. Curso postoperatorio sin incidencias con reinicio del tránsito digestivo y correcta tolerancia oral. No precisó transfusiones de derivados sanguíneos. Recibió el alta hospitalaria el quinto día postoperatorio.

El estudio anatómico-patológico informó de un adenocarcinoma moderadamente diferenciado de la unión gastro-esofágica con infiltración de la grasa de la curvatura menor y la subserosa. Invasión perineural y angiolinfática. 3/39 ganglios afectados. Márgenes de resección libres. pT3N1M0.

El paciente completó neoadyuvancia sin presentar recidiva de la enfermedad hasta la fecha (1 año)

Conclusiones:(OBSERVACIONES)

El número de ganglios identificados confirma la adecuación de la cirugía a los criterios oncológicos, criterios que no se han visto afectados por el uso de endograpadoras vasculares en los hilios principales (gastroepiploica derecha y coronaria)

La realización de la esofagoyunostomía es uno de los momentos más difíciles de la cirugía, a la cual contribuye la pérdida de pneumoperitoneo por la manipulación de la CEEA, extremo que podría ser mejorado con el uso de endograpadoras lineales para esta anastomosis.

