



O-103 - LINFADENECTOMÍA GUIADA POR FLUORESCENCIA DE ICG EN GASTRECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA PARA CÁNCER GÁSTRICO. ESTUDIO PILOTO

Licardie, Eugenio¹; Senent, Ana²; Fernández, María³; López Bernal, Francisco⁴; Alarcón, Isaiás²; Socas, María⁴; Morales-Conde, Salvador²

¹Quirónsalud Sagrado Corazón, Sevilla; ²Unidad de Innovación en Cirugía Mínimamente Invasiva, Hospital Universitario Virgen del Rocío-Quirónsalud Sagrado Corazón, Sevilla; ³Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; ⁴Unidad de Innovación en Cirugía Mínimamente Invasiva, Hospital Universitario Virgen del Rocío., Sevilla.

Resumen

Objetivos: La cirugía es el pilar del tratamiento del cáncer gástrico (CG). La cirugía oncológica radical implica la realización de una resección gástrica con márgenes negativos y una adecuada linfadenectomía para los pacientes sin metástasis a distancia; para el CG la linfadenectomía-D2 es estándar, mientras que la D1+, que es menos extensa, se recomienda para el cáncer gástrico precoz. Una buena linfadenectomía permite tanto una adecuada estadificación como una mejor supervivencia. Estudio piloto cuyo objetivo es evaluar el papel e influencia del mapeo linfático (ML) mediante linfografía fluorescente utilizando verde de indocianina (ICG). Mediante esta herramienta se pretende: lograr una disección completa de los ganglios linfáticos analizando si gracias a la tinción-ICG se han identificado adenopatías que se hubieran dejado atrás sin extraer, analizar si el ICG ha ampliado la disección a grupos ganglionares que habitualmente no se extraen, valorar el número de ganglios linfáticos globales existentes en la pieza quirúrgica, estudiar si ampliar la disección va asociado a mayor morbilidad, y por último analizar si el ICG ha permitido no ampliar la disección a zonas que no existe necesidad de disecar por ser territorios límites entre territorios de disección habitual y que es complejo determinar cuándo parar.

Métodos: Incluimos una serie de casos de 14 pacientes intervenidos por CG, a los que se ha administró por vía endoscópica en 4 cuadrantes alrededor del tumor entre 12-24 horas antes de la cirugía para realizar intraoperatoriamente ML guiado por ICG. Los pacientes han sido intervenidos por vía laparoscópica realizando linfadenectomía-D2. Han sido analizados los datos anatomopatológicos y morbimortalidad a corto plazo.

Resultados: Se han intervenido 14 pacientes diagnosticados de CG. Adecuada captación de ICG en 13 pacientes, el caso que no captó presentaba paredes engrosadas y no fue posible inyectar ICG adecuadamente el día antes. 5 pacientes (35%) habían recibido neoadyuvancia. Todos los pacientes fueron intervenidos por laparoscopia, realizando 9 gastrectomías subtotales (65%), reconstrucción Y de Roux en 7 casos y reconstrucción tipo Billroth I en 2 casos, 5 gastrectomías totales (35%) con reconstrucción Y de Roux, en todos los casos se realizó linfadenectomía D2. En 11 casos (78%) el

ICG sirvió para ampliar la disección a otras zonas con captación, sin complicaciones o morbilidad asociada relacionadas con la ampliación de la disección. En 2 casos (14%) sirvió para delimitar la zona de linfadenectomía y evitar ir a territorios sin captación en los que no era necesario acceder. Evolución favorable en la mayoría de pacientes, presentándose una fuga en una GT y un caso de invaginación del asa, reinterviniendo ambos casos. Los resultados de AP evidencian ausencia de metástasis en todos los ganglios con captación que hemos estudiado aparte.

Conclusiones: El mapeo linfático mediante uso de ICG tiene un papel clave en la identificación intraoperatoria de la cadena linfática dependiente del tumor, facilitando su exéresis completa con mínima disección de estructuras adyacentes, de la misma forma sirve para no dejar sin reseca ganglios que han captado el ICG sin añadir morbilidad asociada a la misma en caso de realizar la disección dirigida gracias a la fluorescencia.