



# Cirugía Española

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



## V-041 - GASTRECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA CON LINFADENECTOMÍA D2 GUIADA POR ICG EXTENDIDA AL HILIO ESPLÉNICO

*Espada Fuentes, Francisco Javier; Fernández Ramos, María; Almoguera González, Francisco José; Padillo Ruiz, Francisco Javier; Morales Conde, Salvador*

*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

### Resumen

**Introducción:** En los cánceres gástricos proximales, la operación estándar es la gastrectomía total con linfadenectomía D2. De acuerdo con las pautas japonesas para el tratamiento del cáncer gástrico, los ganglios linfáticos del hilio esplénico se clasifican como la estación 2 y se debe llevar a cabo esplenectomía sistemática para su resección. Sin embargo, según la última guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Oncología Médica, no se recomienda la esplenectomía a menos que el tumor infiltre el bazo. En la literatura publicada no se concluye si la esplenectomía se debe llevar a cabo de manera sistemática. Por lo tanto, nuestro objetivo es evaluar la utilidad de la disección selectiva del hilio esplénico guiada por verde indocianina (ICG) con preservación esplénica mediante el estudio anatomopatológico de los ganglios resecaados.

**Caso clínico:** El paciente es un varón de 66 años con síndrome constitucional de 4 meses de evolución en estudio por parte de Medicina Interna desde septiembre de 2019. En TAC se evidencia discreto engrosamiento de la pared anterosuperior del fundus gástrico, cercano al cardias, con pequeña adenopatía adyacente. Los marcadores tumorales son normales. En ecoendoscopia se evidencia adenocarcinoma gástrico uT3 N0 Mx. En el estudio anatomopatológico se evidencia adenocarcinoma con componente de células en anillo de sello. Valorado en Comité de Tumores, se decide gastrectomía total tras neoadyuvancia. Se lleva a cabo gastrectomía total con linfadenectomía D2 guiada por ICG. El empleo de ICG permitió por un lado la disección e inclusión de adenopatías realizadas en la pieza quirúrgica que con la disección convencional no habrían sido incluidas; y por otro lado, posibilitó la disección selectiva del hilio con preservación esplénica.

**Discusión:** El estudio anatomopatológico de la pieza determinó la presencia de neoplasia con grado histológico G3, estadio (ypT2 N2) de la TNM y de metástasis en 6/19 ganglios de la curvatura menor y en ninguno en curvatura mayor. En cuanto a las adenopatías realizadas por ICG y que fueron disecadas de manera adicional en los territorios 7, 8 y 10, determinó la ausencia de afectación tumoral. Dada la ausencia de afectación metastásica del territorio 10, el paciente del caso no se habría beneficiado de la realización de una esplenectomía. Aunque son precisos más estudios, según nuestra experiencia personal el empleo de ICG permite llevar a cabo la disección selectiva del hilio esplénico, y con ello la preservación esplénica, y abre las puertas a futuros estudios sobre la utilidad de la disección de adenopatías realizadas.