



# Cirugía Española

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



## P-012 - RECURRENCIA PORT-SITE DESPUÉS DE GASTRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

*de la Plaza Llamas, Roberto; Ramia Ángel, José Manuel; Mohedano Mohedano, Nicolás; Alonso García, Soledad; López Marcano, Aylhin Joana; Arteaga Peralta, Vladimir; Kühnhardt Barrantes, Andreeé Wolfgang; Gonzales Aguilar, Johnny David*

*Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.*

### Resumen

**Introducción:** El empleo del abordaje por laparoscopia para el tratamiento del cáncer gástrico (CG) cada vez es más utilizado. Aunque la presencia de recidivas en el port-site (RPS) han sido definidas en otros tumores con relativa frecuencia, en el CG han sido publicadas excepcionalmente. Comunicamos un caso de RPS de un paciente sometido a gastrectomía laparoscópica, e investigamos su frecuencia en la literatura.

**Caso clínico:** Varón de 78 años con diabetes mellitus, sometido a gastrectomía total vía laparoscópica en otro centro hospitalario por adenocarcinoma gástrico en agosto de 2012. El resultado anatomopatológico fue de adenocarcinoma gástrico tipo enteroide, bien diferenciado que infiltra subserosa, invasión vascular y bordes libres. Veintidós ganglios linfáticos sin infiltración tumoral: pT3N0cM0. Fue reintervenido el 7º día postoperatorio por evisceración que requirió reparación con malla. Un mes después fue reintervenido vía lumbotomía izquierda por absceso retroperitoneal y perirenal que precisó varias cirugías. No recibió quimioterapia ni radioterapia. Acude al Servicio de Oncología de nuestro centro en enero de 2014, por tumoración en hipocondrio izquierdo entorno a cicatriz de acceso laparoscópico de 87 × 67 × 83 mm. En el estudio realizado se confirmó que era recidiva de adenocarcinoma gástrico. Recibió quimioterapia con FOLFOX hasta junio de 2014 con regresión casi completa de la lesión clínica y tomográfica. Es sometido a resección en bloque de la pared abdominal completa de la zona afecta (8 × 4 × 2,5 cm) en julio de 2014 con bordes libres en el estudio intraoperatorio, que fue positivo en el estudio diferido. La lesión fue adenocarcinoma de patrón enteroide moderadamente diferenciado de 1 × 0,7 cm, extensa reacción xantogranulomatosa y signos de regresión tumoral. En agosto fue intervenido para ampliación de bordes (10 × 3 × 3,5 cm) sin evidencia de neoplasia residual. Evolucionó con dehiscencia cutánea que ha precisado curas. Realizamos una búsqueda en PubMed hasta 1 de abril de 2015 sin límites con la siguiente estrategia: ((Gastrectomy) OR (Gastric Cancer) OR (Stomach Neoplasms)) AND ((Laparoscopy) OR (Laparoscopy assisted)) AND ((Port site metastases) OR (Port site recurrences) OR (Abdominal wall metastases) OR (Tumor inoculation) OR (Tumor seeding)). Se encontraron 70 artículos. Se revisaron estos y las referencias que pudieran aportar casos. En el seguimiento de 9 meses, el paciente no presenta evidencia de recidiva tumoral. En la búsqueda se encontraron 10 casos de recidivas en el tratamiento del CG. En la tabla se describen. Hay que señalar que: en tres pacientes se debió al tratamiento de tumores GIST. Dos casos fueron después de laparoscopia de

estadificación de pacientes con enfermedad peritoneal. Un paciente como consecuencia de gastroentero-anastomosis por T4b. Los otros 4 casos fueron gastrectomías por adenocarcinoma con estadificación histopatológica: pT1N0 (3) y pT4aN3a (1). Nuestro caso fue pT3N0. En estos 5 casos, la recidiva se produjo de media a los 20.2 meses (rango 3-51).

Casos descritos en la literatura de neoplasias gástricas con recidiva en el puerto de laparoscopia									
Autor/año	Edad/Sexo	Tipo histológico	Tipo de cirugía	Carcinomatosis	TNM*/Estadio	Recurrencia (meses)	Recurrencia: puerto	Tratamiento postoperatorio	Fallecimiento. Meses desde recurrencia
Cook et al. 1996	71/M, 61/H	Carcinoma gástrico	Laparoscopia de estadificación	Sí	IV	7, 1	Umbilical	Quimioterapia	2, 2
McCulloch et al. 1998	-	Adenocarcinoma	Laparoscopia de estadíaje	Sí	IV	7	Umbilical	-	-
Cunningham et al. 2003	86/H	GIST	Gastrectomía + Esplenectomía	No	pT4. Alto grado/IIIB	17	Herida quirúrgica	Imatinib	-
Rangarajan et al. 2007	53/H	Adenocarcinoma	Gastroeyunostomía paliativa	No	T4b/III	2	3 puertos	-	-
Lee et al. 2007	72/H	Adenocarcinoma pobremente diferenciado	Gastrectomía total + D2+ α	No	pT4aN3a/IIIC	12	Cuadrante inferior izquierdo	5-FU + cisplatino	-
Fujiwara et al. 2008	-	Adenocarcinoma	-	No	pT1N0 IA	51	-	-	-
Furukawa. 2012	71/H	GIST	Resección amplia	No	pT2. Bajo grado/IA	11 años	Umbilical	No imatinib después de la recurrencia	13
Sakurai et al. 2013	57/H	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado	Gastrectomía total	No	pT1bN0/IA	18	Cuadrante inferior izquierdo	Fluoropirimidina 12 meses	13
Jiang et al. 2014	50/H	Adenocarcinoma	Gastrectomía distal	No	pT1N0/IA	3	Umbilical	No	-
De la Plaza et al. 2015	77/H	Adenocarcinoma bien diferenciado	Gastrectomía total	No	pT3N0 IIA	17	Hipocondrio izquierdo	Folfox 6 meses neoadyuvante de recidiva	No

\*Clasificación de los tumores malignos. 7ª edición of the International Union Against Cancer. H: hombre; M: mujer.

**Discusión:** Con el presente paciente, tan sólo se han comunicado 5 casos de RPS en el tratamiento radical laparoscópico del adenocarcinoma gástrico. En 3 casos el estadio inicial fue IA y en el nuestro IIA. No se conocen los factores que desencadenaron esta recidiva en estadios tan precoces.