



VC-028 - GASTRECTOMÍA DISTAL CON LINFADENECTOMÍA D2 GUIADA POR ICG Y RECONSTRUCCIÓN BILLROTH 1

Guil Ortiz, Beatriz; Rodríguez González, Diana; Montes Montero, Alberto; Arteaga González, Iván Jesús

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna.

Resumen

Objetivos: Nuestro objetivo principal es mostrar los distintos aspectos técnicos de la gastrectomía distal robótica por cáncer y su reconstrucción mediante Billroth I, y secundariamente el uso de la tinción con verde de indocianina (ICG) en las 24 horas previa a la intervención para visualizar las distintas estaciones ganglionares, así como posibles ganglios fuera de las estaciones regladas.

Introducción: Presentamos el caso de una mujer de 55 años de edad, que presenta cuadro constitucional de 4 meses de evolución acompañado de pérdida de peso de 9 kg. Como único antecedente personal figura una colecistectomía laparoscópica hace más de 20 años por coledolitiasis. Se realiza gastroscopia donde se describe a nivel de la incisura y extendiéndose hacia curvatura menor una lesión ulcerada de bordes sobrelevados, se toman biopsias que diagnostican de adenocarcinoma gástrico pobremente diferenciado. En la tomografía computarizada no se evidencian signos de diseminación a distancia. Se realiza laparoscopia exploradora de estadificación donde se visualiza tumoración gástrica, pero no enfermedad a distancia. Se decide ante un estadio clínico cT2-3N0M0 iniciar quimioterapia neoadyuvante, según esquema FLOT, y a las 4 semanas del 4º ciclo se realiza intervención quirúrgica. En la mañana del día previo a la cirugía, se lleva a cabo marcaje alrededor de la tumoración gástrica con verde de indocianina en 5 puntos cardinales. Se realiza gastrectomía distal con linfadenectomía D2 guiada por ICG y reconstrucción del tránsito con un Billroth I robótico. Sin incidencias durante el procedimiento. En el posoperatorio la paciente evolucionó favorablemente siendo dada de alta en el octavo día posquirúrgico, sin incidencias. La anatomía patológica describe un Adenocarcinoma pobremente cohesivo (ypT1aN0), se hayan 27 ganglios todos libres de enfermedad, con márgenes de resección libres.

Discusión: La gastrectomía distal robótica se ha mostrado como una técnica efectiva y segura en nuestro centro, facilitando la disección en territorios complejos y la realización de suturas por su gran maniobrabilidad. Permite adaptar la técnica laparoscópica a la robótica sin grandes dificultades. En nuestro centro, se intenta realizar la reconstrucción mediante Billroth 1 por sus ventajas (menor tiempo quirúrgico al realizar una sola anastomosis, no dejar un muñón duodenal abandonado, evitamos ojales mesentéricos que podrían producir hernias internas en el futuro, etc.). La tinción de las estaciones ganglionares con ICG podría ser de ayuda para diferenciar ciertas estructuras que podrían plantear dudas en la disección. La linfadenectomía debe ser reglada, y se necesitan más estudios para determinar su utilidad.