



O-064 - LINFADENECTOMÍA GUIADA POR FLUORESCENCIA EN LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DEL CÁNCER GÁSTRICO: EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO OCCIDENTAL

Senent Boza, Ana; Jesús Gil, Ángela; García Fernández, Noelia; Alarcón del Agua, Isaías; Socas Macías, María; López Bernal, Francisco; Padillo Ruiz, Francisco Javier; Morales Conde, Salvador

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: La cirugía es la base del tratamiento curativo del cáncer gástrico. Una intervención oncológica radical requiere una resección gástrica con márgenes amplios y una linfadenectomía de extensión adecuada, ya que la afectación ganglionar es el principal factor pronóstico. El verde de indocianina (ICG) es un trazador fluorescente con múltiples aplicaciones clínicas, entre ellas, la cirugía guiada por la imagen. Su uso para el mapeo linfático en el cáncer gástrico ha demostrado ser un método seguro y efectivo para una mayor obtención de ganglios linfáticos. No obstante, la evidencia disponible se basa en su mayoría en estudios realizados en población asiática, con tumores en estadios iniciales y/o excluyendo pacientes que reciben quimioterapia neoadyuvante, que, sin embargo, son el escenario más frecuente en el ámbito occidental.

Métodos: Se realizó un estudio de cohortes apareadas 1:1 por puntaje de propensión en pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico en un hospital de tercer nivel, comparando pacientes sometidos a gastrectomía laparoscópica con linfadenectomía guiada por ICG frente a una cohorte retrospectiva de pacientes en los que la linfadenectomía se realizó de forma convencional. Se incluyeron todos los pacientes intervenidos de gastrectomía con linfadenectomía guiada por ICG desde 2018 realizada por tres cirujanos expertos. Para la cohorte retrospectiva se consideraron los pacientes intervenidos de gastrectomía con linfadenectomía D1+/D2 realizada por los mismos tres cirujanos entre 2017 y 2022. Se excluyeron todos los pacientes con enfermedad metastásica o carcinomatosis, la cirugía paliativa y el abordaje abierto o robótico.

Resultados: La factibilidad del mapeo linfático guiado por ICG fue del 95,5% (42/44). No se detectaron efectos adversos ni complicaciones asociadas en ninguno de los pacientes. Se incluyeron un total de 42 pacientes en cada brazo. El número de ganglios obtenidos fue mayor en el grupo ICG (32,67 vs. 25,14; $p = 0,013$). Esta diferencia se mantuvo de forma estadísticamente significativa en los subgrupos que recibieron tratamiento neoadyuvante (35,19 vs. 25,48; $p = 0,029$), pacientes no obesos (34,18 vs. 25,21; $p = 0,015$) y tumores en estadio pT0-2 (33,68 vs. 22,56; $p = 0,01$) y pN0 (3,81 vs. 22,61; $p = 0,007$). La tasa de linfadenectomía D2 completada fue superior en el grupo ICG (78,6% VS. 38,1%; $p < 0,001$). En el 47,6% de los pacientes del grupo ICG, la linfadenectomía se extendió más allá del área de disección D2 estándar por captación de ICG, aunque ninguno de los ganglios obtenidos fue metastásicos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas

entre ambos grupos en cuanto a complicaciones intra/posoperatorias ni estancia hospitalaria.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que la linfadenectomía guiada por ICG es segura y factible, facilita la realización de una linfadenectomía D2 y aumenta el número de ganglios obtenidos respecto a la linfadenectomía convencional, también en pacientes que han recibido quimioterapia neoadyuvante. El mapeo linfático con ICG debería usarse de rutina en el cáncer gástrico siempre que esté disponible independientemente del estadio tumoral o el tratamiento neoadyuvante previo. No obstante, son necesarios estudios que ayuden a determinar el impacto de esta técnica en el pronóstico oncológico de estos pacientes en términos de supervivencia global y libre de enfermedad.