



# Cirugía Española

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



## V-075 - CIRUGÍA HÍBRIDA O COMBINADA PARA EL CÁNCER GÁSTRICO PRECOZ (CGP)

Talavera-Urquijo, Eider<sup>1</sup>; Payá-Llorente, Carmen<sup>2</sup>; Pascotto, Bengy<sup>3</sup>; Goergen, Martine<sup>3</sup>; Azagra, Juan Santiago<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona; <sup>2</sup>Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia; <sup>3</sup>Centre Hospitalier de Luxembourg, Luxemburgo.

### Resumen

**Objetivos:** El cáncer gástrico precoz (CGP) se define como aquella lesión tumoral gástrica con extensión hasta T1b y cualquier N, según la clasificación TNM vigente. En función de su invasión en profundidad, de su tamaño, su extensión y su tipo histológico, la probabilidad de presentar N+ es variable. Así como el CGP consta de una amplia variedad de lesiones entre las de menor y mayor riesgo, también se han propuesto diversos tratamientos de menos a más agresivos que, en todo caso, intentan ser lo menos invasivos posible, ya que la alternativa a ellos es la gastrectomía (parcial, subtotal o total) no exenta de riesgos y complicaciones propios de una cirugía mayor. Estas técnicas utilizan la endoscopia y la laparoscopia de forma combinada, con el fin de garantizar resecciones oncológicas y seguras al mismo tiempo. Forman parte de lo que se conoce como "cirugía híbrida" o combinada. El objetivo de este trabajo es el de mostrar un caso ejemplo de la aplicación de una de estas técnicas mínimamente invasivas para una lesión de tipo CGP de baja probabilidad para N+, pero con dimensiones en el límite para la resección submucosa endoscópica simple. Así pues, se aplicaron los principios de la cirugía híbrida u combinada (endoscopia y laparoscopia) para su tratamiento. Además, se comparan los resultados técnicos del caso con los descritos en la literatura.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 56 años con diagnóstico incidental de adenocarcinoma gástrico *in situ* en la transición entre curvatura menor y antro gástrico. Dado que de entrada se desestima la resección submucosa simple por su tamaño y extensión (> 2 cm sésil), se propone la técnica de resección endoscópica laparoscopia-asistida (LAER - "*laparoscopic assisted endoscopic resection*"). Fueron necesarios 1 trocar de 10 mm (óptico) y 3 de 5 mm, junto a la presencia del endoscopista en quirófano. Se utilizó la cromoendoscopia para asegurar la resección oncológica completa. La resección submucosa endoscópica asociada a cromoendoscopia consiguió la exéresis completa de la lesión, con márgenes negativos. Durante el procedimiento no se produjeron complicaciones derivadas de la técnica (perforación o sangrado incoercible por endoscopia). Se realizó una correcta hemostasia del lecho bajo visión directa y la paciente no presentó complicaciones postoperatorias inmediatas. El procedimiento duró 70 minutos en total. La paciente fue dada de alta a domicilio al tercer día postoperatorio. En comparación con la literatura actual, tanto el tiempo operatorio, como el sangrado y la estancia hospitalaria media no difieren de forma llamativa. No obstante, es de señalar la diferencia en el tamaño del tumor resecado (20 mm frente lesiones de 3,1 mm en la literatura).

**Discusión:** En casos seleccionados de CGP, el conocimiento, manejo y aplicación de técnicas de cirugía híbrida consigue similares resultados oncológicos, sin añadir morbilidad perioperatoria y con la ventaja de reducir el impacto quirúrgico en el paciente.