



## V-105 - TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DEL CÁNCER GÁSTRICO PRECOZ

A.F. Aranzana Gómez<sup>1</sup>, C. Nieto Moral<sup>2</sup>, Z.J. Fernández Cabrera<sup>1</sup>, I. Fraile Alonso<sup>1</sup>, N. Chinae Correa<sup>1</sup>, R. López Pardo<sup>1</sup> y M.Á. Morlán López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Virgen de la Salud, Toledo. <sup>2</sup>Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo.

### Resumen

**Introducción:** Actualmente, el abordaje laparoscópico no está implantado en la mayoría de los servicios para el tratamiento de los pacientes con cáncer gástrico, debido a que deben cumplirse los mismos criterios oncológicos que en la cirugía laparotómica tradicional con una mayor dificultad técnica, tanto en la linfadenectomía como en la resección-anastomosis, lo que conlleva una mayor curva de aprendizaje y posiblemente morbilidad.

**Objetivos:** Demostrar la seguridad y eficacia del abordaje laparoscópico en el tratamiento de pacientes seleccionados con cáncer gástrico.

**Caso clínico:** Mujer de 48 años con AP: Cirugía de adenoma hipofisario, cefalea en tratamiento. Estudiada en Medicina Interna por anemia leve sin otra sintomatología acompañante. Se exponen las exploraciones complementarias de interés, EDA: Úlcera prepilórica de cara anterior, de 1.5 cm con biopsias de adenocarcinoma. Ecoendoscopia: lesión plana, ulcerada con afectación de la submucosa que corresponde a un engrosamiento parietal de 8 mm, estadio T1b; sin adenopatías, marcaje proximal con tinta, no líquido libre. Estudio de extensión negativo. Presentado en Comisión multidisciplinar de tumores, se plantea cirugía de entrada mediante abordaje laparoscópico. Intervención quirúrgica: Abordaje laparoscópico completo: 5 trócares, marcaje de con tinta a nivel del borde superior de antro hacia cara posterior, citología tras lavado con 100 cc de SF, movilización gástrica sin resección de epiplón, gastrectomía subtotal con linfadenectomía D1+ (según la nueva clasificación japonesa), con anastomosis gastroentérica en Y de Roux mecánica intracorpórea. Ingesta al 3º día postoperatorio con alta hospitalaria al 5º. Anatomía patológica definitiva: pT1bN0 (0 de 28 ganglios aislados). Citología negativa.

**Discusión:** La gastrectomía subtotal oncológica laparoscópica es una alternativa válida y segura en pacientes seleccionados con cáncer gástrico precoz.