



V-013 - PRESERVACIÓN ARTERIA HEPÁTICA IZQUIERDA ABERRANTE DURANTE GASTRECTOMÍA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA POR CÁNCER GÁSTRICO

González Duaigües, Marta; Escartín, Alfredo; Muriel, Pablo; Tur, Jaume; Santamaria, Maite; Cuello, Elena; Ortega, Jaume; Olsina Kissler, Jorge Juan

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

Introducción: Las variantes anatómicas en la arteria hepática se dan en el 30% de la población. La variante más común es una arteria hepática izquierda aberrante (AHIA) que surge de la arteria gástrica izquierda (AGI). Las estimaciones de la prevalencia de AHIA que surgen de la AGI oscilan entre el 6,0% y el 22. Estas variantes se encuentran ocasionalmente durante la cirugía para el tratamiento del cáncer gástrico. Durante la cirugía abierta, la palpación del omento menor ayuda a identificar las AHIA que surgen de la LGA, y la palpación del ligamento hepatoduodenal ayuda a identificar si este ALHA es reemplazante o accesoria. Sin embargo, esta identificación es desafiante teniendo en cuenta la visión limitada proporcionada por la laparoscopia. La gastrectomía laparoscópica se ha generalizado para el tratamiento del cáncer gástrico. Durante la cirugía curativa para el cáncer gástrico, la arteria gástrica izquierda (AGI) debe ligarse en su origen durante las linfadenectomía, pero si existe una AHIA debe intentar preservarse para evitar necrosis del lóbulo hepático izquierdo.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una mujer de 49 años, sin antecedentes y diagnosticada en mayo de 2018 de un adenocarcinoma gástrico de tipo pobremente cohesivo, Her-2/neu positivo a nivel de incisura angular, con estadiaje inicial cT4N1M0. Se presenta en Comité de Tumores y se indica FLOT preoperatorio. Tras 4 ciclos de FLOT con buena respuesta, se interviene de forma electiva en agosto de 2018 realizándose una gastrectomía subtotal con reconstrucción en Y de Roux laparoscópica. Durante la intervención se objetiva una AHIA rama de la AGI. Se realiza una esqueletización de toda la arcada arterial, realizando una linfadenectomía hasta la raíz de la AGI y posteriormente se clipa y secciona tras la salida de la AHIA. La paciente presenta un curso postoperatorio favorable, iniciándose tolerancia el 2º día y es dada de alta el 5º día sin incidencias. El informe de Anatomía Patológica definitivo informa de 3 focos residuales de adenocarcinoma de tipo pobremente cohesivo, con células en anillo de sello (4 mm, 2 mm y 1 mm), que infiltran la submucosa. Existe invasión angiolinfática, los márgenes de están libres de neoplasia y se evidencia afectación en 2 ganglios de 30 aislados, Grado 3 de Mandard et al. Concluyendo ypT1b ypN1 estadio 1. La paciente ha realizado 4 ciclos de FLOT postoperatorios, finalizados en octubre de 2018. En seguimiento en CCEE de Oncología y Cirugía, actualmente libre de enfermedad.

Discusión: La preservación de una AHIA durante la gastrectomía laparoscópica es factible. Los cirujanos deben reconocer AHIA cuando diseccionan el saco menor durante la gastrectomía

laparoscópica o sospechar su presencia cuando se observa una AGI de gran tamaño. Estudios recientes sugieren preservar la AHIA, que surge de una AGI de diámetro mayor de 5 mm, durante la gastrectomía laparoscópica para prevenir la disfunción hepática postoperatoria inmediata. Dicha recomendación no solo puede ser útil en la gastrectomía laparoscópica, sino también en otras cirugías del abdomen superior, como la cirugía bariátrica.