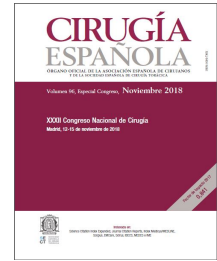




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-073 - GASTRECTOMÍA ONCOLÓGICA LAPAROSCÓPICA Y LINFADENECTOMÍA D2 CON INSTRUMENTAL PERCUTÁNEO

Toledano Trincado, Miguel; Gómez López, Juan Ramón; Martín Esteban, María Luz; Concejo Cutoli, Pilar; Montenegro Martín, María Antonia; Martín del Olmo, Juan Carlos

Hospital Medina del Campo, Medina del Campo.

Resumen

Introducción: La cirugía oncológica gástrica laparoscópica se caracteriza por su gran complejidad en la disección visceral y linfática y la dificultad para la reconstrucción del tránsito intestinal. La cirugía mínimamente invasiva gástrica a través de la cirugía de puerto único ha demostrado ser posible pero con mucha mayor dificultad técnica por lo que no ha conseguido implantarse como técnica rutinaria. La cirugía percutánea con los nuevos instrumentos de la industria permite realizar cada vez procedimientos más complejos.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 77 años de edad con neoplasia antral gástrica T3 N1, que tras realizar neoadyuvancia y con respuesta parcial, se realiza gastrectomía subtotal laparoscópica percutánea con linfadenectomía D2. Técnica quirúrgica: En el vídeo se especifican los pasos para la introducción de las pinzas percutáneas y el ensamblaje extracorpóreo de los terminales. Se detallan los pasos para la resección gástrica, así como para la linfadenectomía extendida D2 y la fase reconstructiva. El vídeo quiere reflejar la facilidad del manejo de este material aún en una cirugía compleja a la hora de la disección linfática y la precisión en las suturas. De esta forma se realiza la gastrectomía oncológica solo con 2 trócares de 12 mm (óptica y endograpadora) y uno de 5 mm para el separador hepático, siendo las otras dos pinzas percutáneas de 2,9 mm.

Discusión: Los inconvenientes, hasta ahora, del material laparoscópico percutáneo eran la poca robustez de las pinzas, la capacidad lesiva de los terminales sobre las vísceras, por su diámetro máximo de 2,5 mm y la imposibilidad de poder cambiar el tipo de pinza según requería cada momento de la cirugía. La pinza percutánea ideal debería ser sólida, con un terminal romo de 5 mm, un vástago fino y capaz de intercambiar el terminal. La posibilidad de realizar procedimientos percutáneos cada vez más complejos, minimiza el daño tisular y las probabilidades de infecciones y hernias de las puertas de entrada de nuestros pacientes sin perder la triangulación de nuestras manos. La cirugía percutánea con los nuevos modelos de pinzas introducidos en el mercado, permite la disección atraumática, la movilización de vísceras pesadas, la sutura precisa y sobre todo la perfecta triangulación de las manos, igual que se hace en cirugía laparoscópica convencional y es, en nuestra opinión, un paso más en la mínima invasión pudiendo usarse fácilmente para la cirugía gástrica oncológica, sin el requerimiento de habilidades añadidas.