

Gastrectomía Subtotal Distal con Linfadenectomía D2

a) Introducción

El cáncer gástrico es el segundo cáncer más común en el mundo; su incidencia varía de un país a otro, siendo muy alta en Chile, Japón, China y Costa Rica. Es un cáncer de predominio masculino (2,5:1); en la séptima y octava década. En Uruguay 6,4 a 14,26/100.000hab, con una mortalidad de 4,79 a 11,37/100.000hab.

El pronóstico está en directa relación con el estadio al momento del diagnóstico. La sobrevida depende del grado de profundidad y compromiso ganglionar. Presentación en estadios precoces menos del 20%; los demás padecen enfermedad metastásica regional o distante; 50% ganglios positivos al momento del diagnóstico. La sobrevida global a cinco años entre 0% hasta casi 50-60% en estadios precoces.

El tratamiento quirúrgico laparoscópico del cáncer gástrico localmente avanzado está demostrando ser una herramienta excelente para el tratamiento de esta neoplasia. Ofrece seguridad oncológica, permitiendo realizar resecciones igual o más extensas que la cirugía laparotómica. Técnicamente requiere un entrenamiento y curva de aprendizaje amplios para hacerla posible.

Cuando se emprende una cirugía con intención curativa para el cáncer gástrico localmente avanzado, esta debe cumplir dos premisas fundamentales de radicalidad oncológica, lograr una resección R0 y una linfadenectomía D2. Ésta actualmente es considerada la linfadenectomía standard con criterio curativo, excluyendo los ganglios del grupo 11d y 10 cuya resección aumenta la morbilidad y no mejora la sobrevida ni el tiempo libre de enfermedad.

b) Descripción de contenidos

Presentamos el caso clínico de una paciente de 70 años, con una historia de corta evolución dada por un síndrome de estenosis gastroduodenal, plenitud precoz y adelgazamiento. La fibrogastroscofia muestra un estómago de retención, con abundante líquido y restos de alimentos. Presenta una lesión polimitótica de 30mm aproximadamente próxima al sinus angularis y un píloro infranqueable. La TC descartó la presencia de elementos de irresecabilidad e incurabilidad, mostrando un estómago distendido de paredes engrosadas, abundante líquido de retención; a nivel antral las paredes miden 22mm y sin pasaje al duodeno.

Realizamos una gastrectomía subtotal distal con linfadenectomía D2, con una gastroyeyunostomía tipo Billroth II.

El paciente tuvo una evolución favorable, otorgándosele el alta a los 6 días de postoperatorio.

c) Observaciones y/o comentarios

Mostramos un video de nuestra experiencia en la Gastrectomía Laparoscópica con Linfadenectomía D2 en el cáncer gástrico localmente avanzado.

Creemos que éste es un procedimiento factible de realizar por cirugía laparoscópica, que requiere un entrenamiento y una curva de aprendizaje importantes, que permite respetar las premisas de radicalidad oncológica.