



Gastrectomía por cáncer

F. Dumont, E. Thibaudau

Las gastrectomías por cáncer con fines curativos implican una resección completa R0 sin ruptura tumoral, con margen parietal sano y vaciamiento ganglionar ampliado. Un perfecto conocimiento de la anatomía vascular y del modo de extensión ganglionar y parietal es indispensable antes de hacer este tipo de cirugía. Las gastrectomías son intervenciones con una morbilidad notable y un impacto nutricional significativo. Por lo tanto, estas intervenciones están reservadas para pacientes en buen estado general y tienen fines curativos en la mayoría de los casos. Una evaluación preoperatoria completa permite juzgar la extensión locorregional y a distancia. En Occidente, la quimioterapia perioperatoria es un estándar terapéutico para el cáncer localmente avanzado. El vaciamiento ganglionar ampliado o D2 sin esplenopancreatectomía aumenta las posibilidades de curación y, por lo tanto, es un elemento importante de la cirugía de cáncer gástrico. Una extensión del tumor a órganos vecinos puede requerir su exéresis. El enfoque laparoscópico tiene pocas indicaciones en Occidente y está principalmente justificado para gastrectomías preventivas en pacientes con mutación de CDH1. Después de la gastrectomía, hay varios modos posibles de reconstrucción digestiva destinados a limitar los trastornos funcionales a medio y largo plazo.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Gastrectomía; Cáncer gástrico; Adenocarcinoma; Estómago; Vaciamiento ganglionar

Plan

■ Introducción	2	Vaciamiento esplénico proximal (grupo 11p)	12
■ Anatomía quirúrgica	2	■ Gastrectomía total con vaciamiento D2	12
Arteria gástrica izquierda	2	Sección del ligamento gastroesplénico y de los vasos cortos	13
Vena gástrica izquierda	2	Sección del esófago	13
Arteria lienal (antiguamente esplénica)	3	Vaciamiento del grupo 11	13
Vasos cortos del estómago	3	Vaciamiento del grupo 10	13
■ Modo de extensión tumoral	3	■ Gastrectomías ampliadas	14
Extensión ganglionar	3	Esplenectomía	14
Extensión parietal	3	Esplenopancreatectomía izquierda	14
Extensión peritoneal	4	Resección del tronco celíaco (intervención de Appleby)	14
■ Definición de las gastrectomías oncológicas	4	Bursectomía epiploica	15
■ Evaluación preoperatoria	7	Lobectomía hepática izquierda	15
■ Indicaciones quirúrgicas	7	Resección duodenal ampliada	16
■ Preparación del paciente	7	Resección esofágica ampliada	16
■ Colocación y vía de acceso	8	■ Degastrogastrectomía	18
■ Gastrectomía parcial 4/5 con vaciamiento D2	8	■ Gastrectomía atípica	18
Disección coloepiploica y vaciamiento del grupo 4	8	■ Reconstrucción digestiva	18
Vaciamiento ganglionar infrapilórico (grupo 6)	9	Plastia yeyunal con ascenso de asa	19
Liberación del lóbulo hepático izquierdo y vaciamiento del grupo 3	10	Anastomosis gastroyeyunal	19
Colecistectomía	10	Anastomosis esofagoyeyunal mecánica	20
Vaciamiento ganglionar del pedículo hepático (grupo 12)	10	Anastomosis esofagoyeyunal manual	20
Sección duodenal	11	Reservorio yeyunal	20
Vaciamiento ganglionar de la arteria hepática común (grupo 8)	11	Anastomosis al pie del asa	20
Vaciamiento ganglionar paraesofágico derecho (grupo 1)	11	■ Drenaje	20
Vaciamiento ganglionar de la curvatura menor (grupo 3)	12	■ Resultados	21
Sección gástrica y extirpación del estómago	12	Morbimortalidad	21
Vaciamiento del tronco celíaco (grupo 9)	12	Oncológicos	22
		■ Conclusión	22

■ Introducción

En Francia, por ejemplo, la incidencia del cáncer de estómago disminuye. Actualmente, se diagnostican 6.500 nuevos casos por año. Las células carcinomatosas tienen un tropismo local, fuente de carcinomatosis peritoneal y de recidiva local en caso de ruptura tumoral, un tropismo ganglionar, fuente de adenopatías metastásicas cuyo modo de extensión es ahora bien conocido, y un tropismo metastásico a distancia que impone una evaluación pre y peroperatoria minuciosa. La calidad oncológica de la exéresis sigue siendo el paso esencial del tratamiento curativo y debe completarse con quimioterapia perioperatoria [1]. Una cirugía oncológica correcta necesita una resección completa sin ruptura. Esto impone una resección completa R0 con márgenes parietales sanos, una exéresis monobloque de los órganos vecinos en caso de tumor T4 y un vaciamiento ganglionar ampliado adaptado al tumor gástrico primario. Esta cirugía es difícil y el pronóstico sigue siendo sombrío, con sólo el 35% de supervivencia a 5 y 10 años [1, 2].

En Occidente, la mayoría de los cánceres gástricos son localmente avanzados (> T1N0) y requieren cirugía radical con vaciamiento ganglionar ampliado adaptado de tipo D2 según la clasificación japonesa. Hay tres tipos de dificultades relacionadas con estos vaciamentos ganglionares: anatómicas, debido a las variaciones anatómicas y a la presencia de una red vascular compleja; oncológicas, con una variabilidad significativa de las extensiones tumorales, y técnicas, con el imperativo de evitar cualquier ruptura tumoral. Todas estas dificultades han sido ampliamente estudiadas y se deben conocer antes de efectuar gastrectomías por cáncer. Estas dificultades también limitan en Occidente el uso de un abordaje laparoscópico en los tumores que no necesitan un vaciamiento ganglionar ampliado (tumores precoces o cirugía preventiva).

■ Anatomía quirúrgica

El estómago continúa al esófago abdominal y está compuesto por tres partes: de arriba hacia abajo, el fundus o tuberosidad mayor (zona superior y dilatada); el cuerpo, que está en el centro, y el antro, que va seguido, después del píloro, por el duodeno. El píloro es un anillo muscular grueso fácil de identificar manual o visualmente por su aspecto indurado y dilatado. El estómago tiene dos curvaturas: la curvatura menor (a la derecha) y la curvatura mayor (a la izquierda) (Fig. 1).

El conocimiento anatómico perfecto de la red vascular arterial y venosa (Fig. 1) es esencial porque la red linfática sigue a la red vascular arteriovenosa y un vaciamiento ganglionar no es más que la disección de estos vasos.

El estómago está vascularizado por ramas del tronco celíaco y del tronco porta, formando una red vascular a lo largo de las curvaturas menor y mayor. El estómago es resistente a la isquemia gracias al importante plexo vascular submucoso.

Arteria gástrica izquierda (Figs. 1 y 2)

Se origina en el tronco celíaco y se anastomosa con la arteria gástrica derecha que suele nacer de la arteria hepática propia para formar el círculo de la curvatura menor. La arteria gastroepiploica derecha originada de la arteria gastroduodenal se anastomosa con la arteria gastroepiploica izquierda, rama de la arteria lienal (antiguamente esplénica). En el 10-30% de los casos, una arteria hepática izquierda aberrante (AHIA) (Fig. 3A) nace de la arteria gástrica izquierda y corre por la pars flácida del epiplón menor. Un vaciamiento ganglionar D2 impone una ligadura y sección en el origen de la arteria gástrica izquierda, con la consecuencia del sacrificio de la AHIA si estuviera

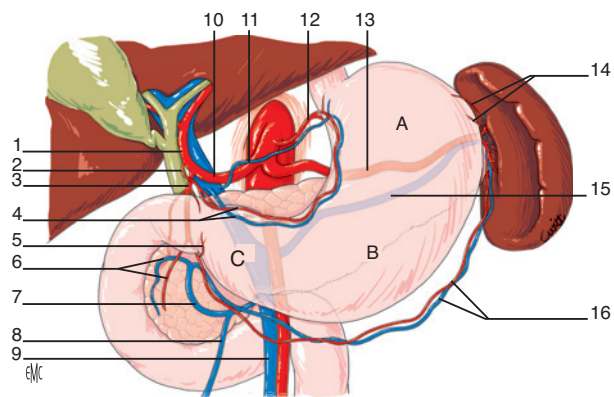


Figura 1. Anatomía del estómago y su irrigación. 1. Arteria hepática propia; 2. arteria gástrica derecha; 3. arteria gastroduodenal; 4. arco de la curvatura menor; 5. arteria infrapilórica; 6. vasos pancreatoduodenales superoanteriores; 7. vena gastroepiploica derecha; 8. vena cólica media; 9. vena mesentérica superior; 10. arteria hepática común; 11. vena gástrica izquierda; 12. arteria gástrica izquierda; 13. arteria lienal (esplénica); 14. vasos cortos; 15. vena lienal (esplénica); 16. arco de la curvatura mayor.

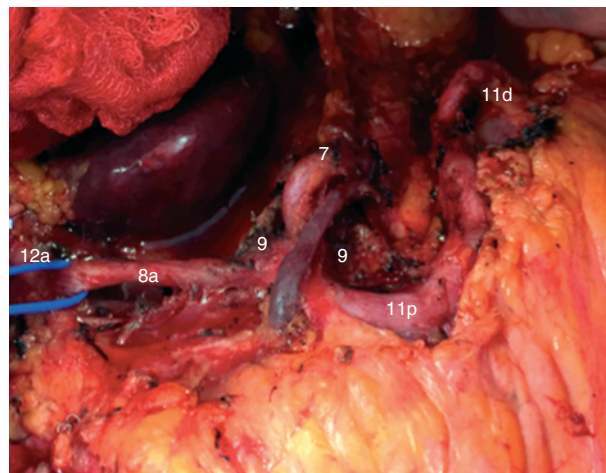


Figura 2. Exéresis completa del tejido ganglionar de los grupos 7 (a lo largo de la arteria gástrica izquierda), 9 (a lo largo del tronco celíaco), 8a (a lo largo de la arteria hepática común [anterior]), 11d (a lo largo de la mitad distal de la arteria esplénica), 11p (a lo largo de la mitad proximal de la arteria esplénica) y 12a (ligamento hepatoduodenal [a lo largo de la arteria hepática propia]).

presente. Este sacrificio conduce a una citólisis transitoria moderada sin ninguna consecuencia clínica. La preservación de una AHIA se impone en caso de ausencia de arteria hepática común. En esta situación, esta arteria es voluminosa. Una AHIA también debe conservarse en pacientes con hepatopatía y riesgo de insuficiencia hepatocelular.

Vena gástrica izquierda (Figs. 1 y 2)

Se anastomosa a lo largo de la curvatura menor con la vena gástrica derecha que desemboca en la vena porta. La vena gástrica izquierda pasa por delante de la arteria lienal o de la hepática común y desemboca en la vena porta. Esta distribución representa el 50% de los casos. Las otras distribuciones anatómicas (Fig. 3B) conducen a una gran variabilidad en la dirección de la vena. Esta vena permanece constante y debe buscarse si no se encuentra en la distribución modal anatómica para no dañarla de forma accidental.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8725513>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8725513>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)