ESTADIFICACIÓN LAPAROSCÓPICA del CÁNCER GÁSTRICO

- Dr. Francisco Asencio Arana
- Hospital Arnau de Vilanova

- VALENCIA - 2001

ESTADIFICACIÓN LAPAROSCÓPICA

- "Esta nueva técnica puede revelar metás-tasis generalizadas o un nódulo secundario en el hígado, haciendo otros procedimientos innecesarios y evitando al paciente una convalecencia prolongada."
- Bernheim

Ann Surg 1911; 53: 764

ESTADIFICACIÓN LAPAROSCÓPICA
Objetivos

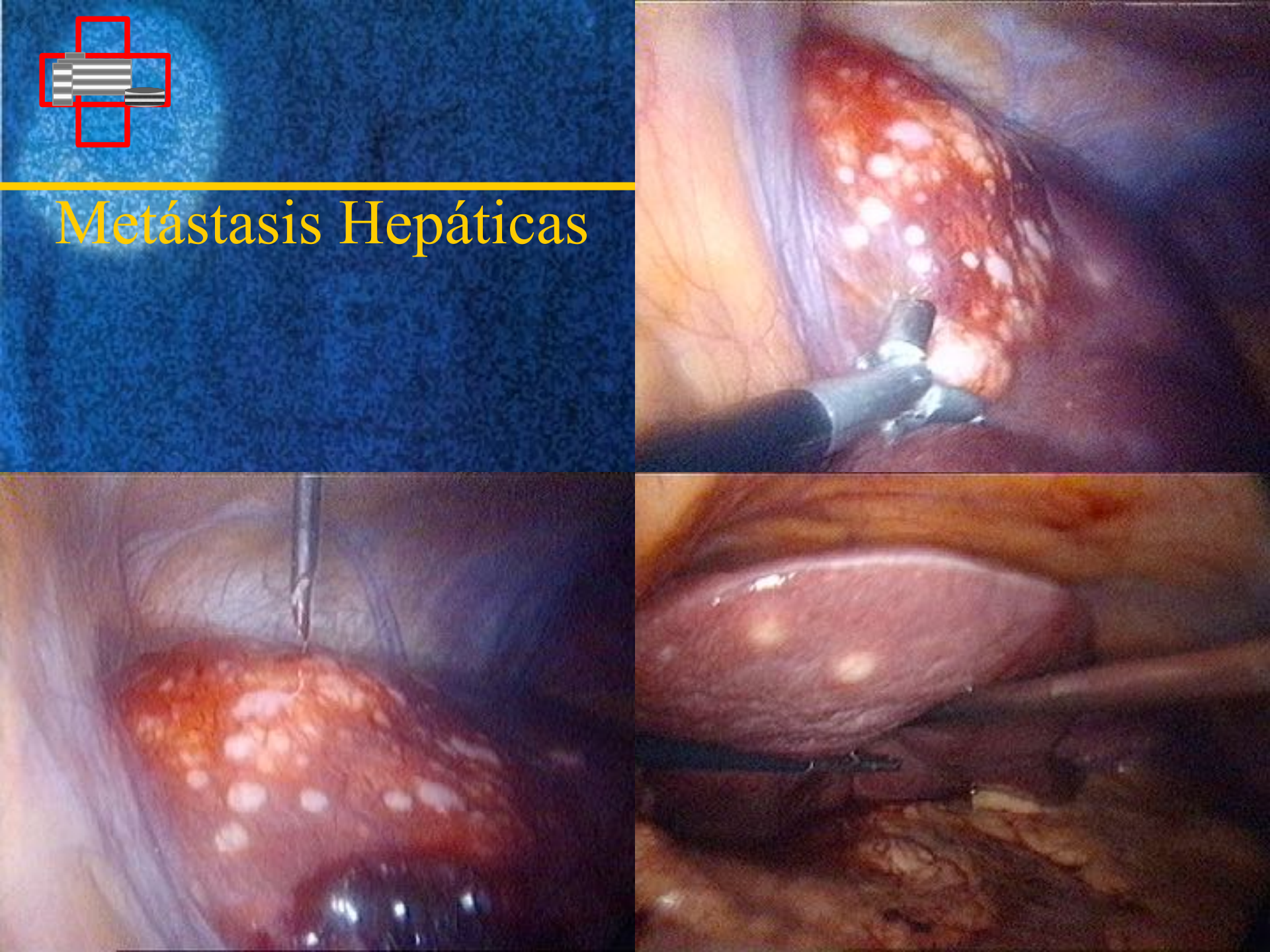
- Obtener biopsias dirigidas, cuya información sea determinante MODIFICAR EL TRATAMIENTO PREVISTO
- Establecer la resecabilidad, evitando LAPAROTOMIAS INNECESARIAS
- Realizar PROCEDIMIENTOS PALIATIVOS.

Técnica

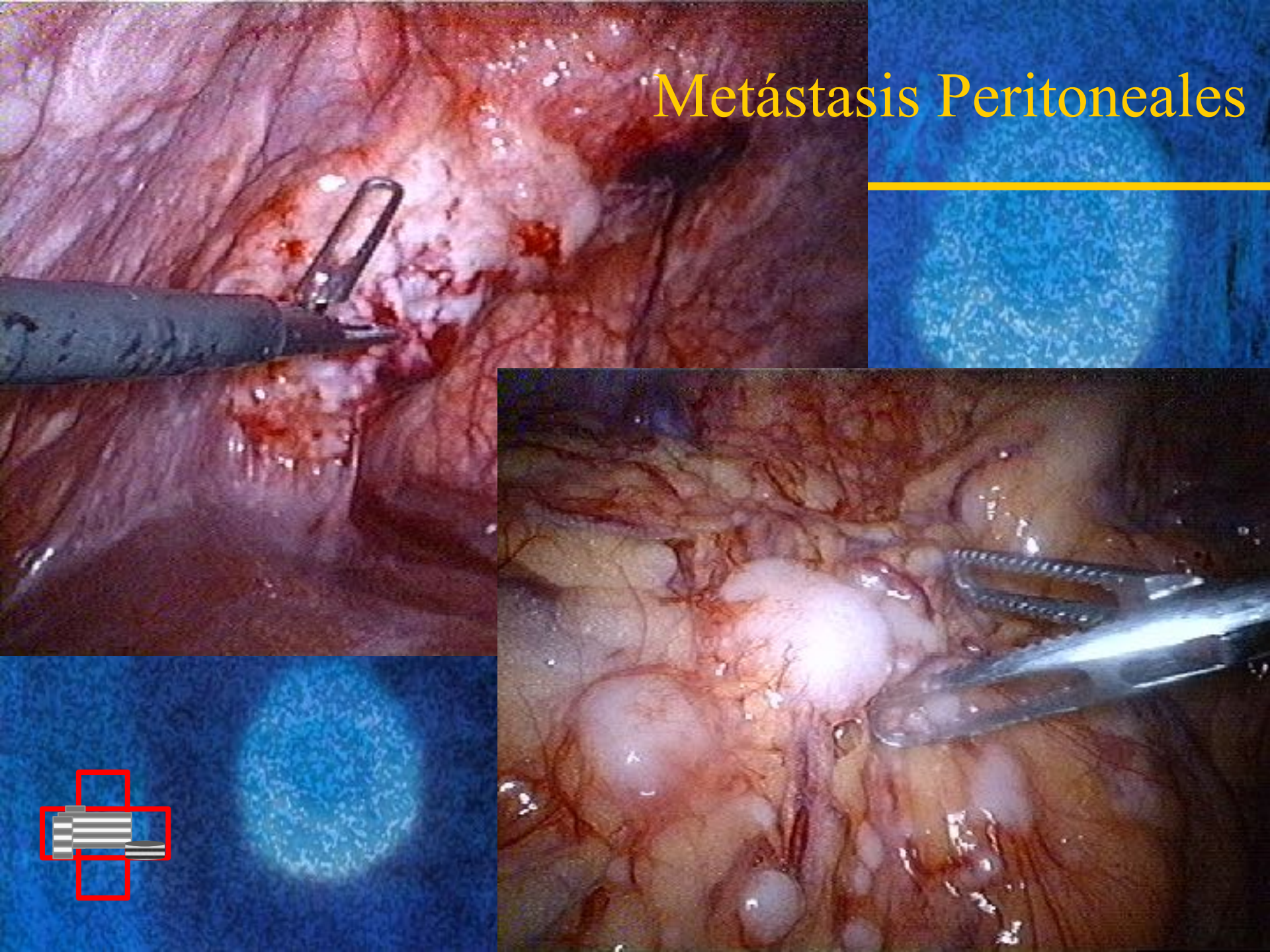
ESTADIFICACIÓN LAPAROSCÓPICA
Parámetros a evaluar

- Serosa (T2 vs.T3)
- Órganos vecinos (T4)
- Adenopatías (N1-2)
- Metástasis (M1)
  - hepáticas
  - peritoneales
- Ascitis
  - lavado peritoneal

Metástasis Hepáticas

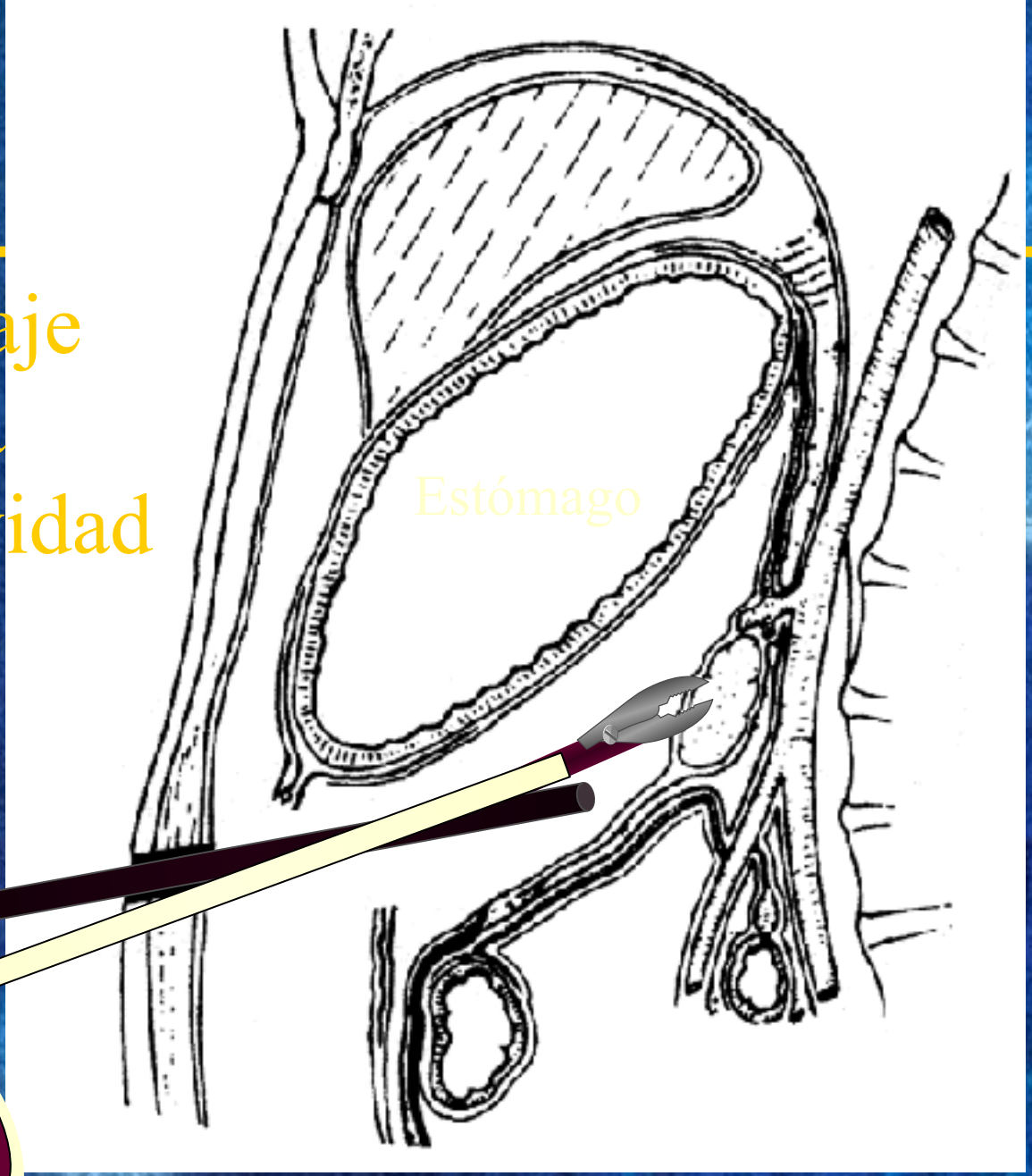


Metástasis Peritoneales



Aspiración de Ascitis
y
Lavado Peritoneal

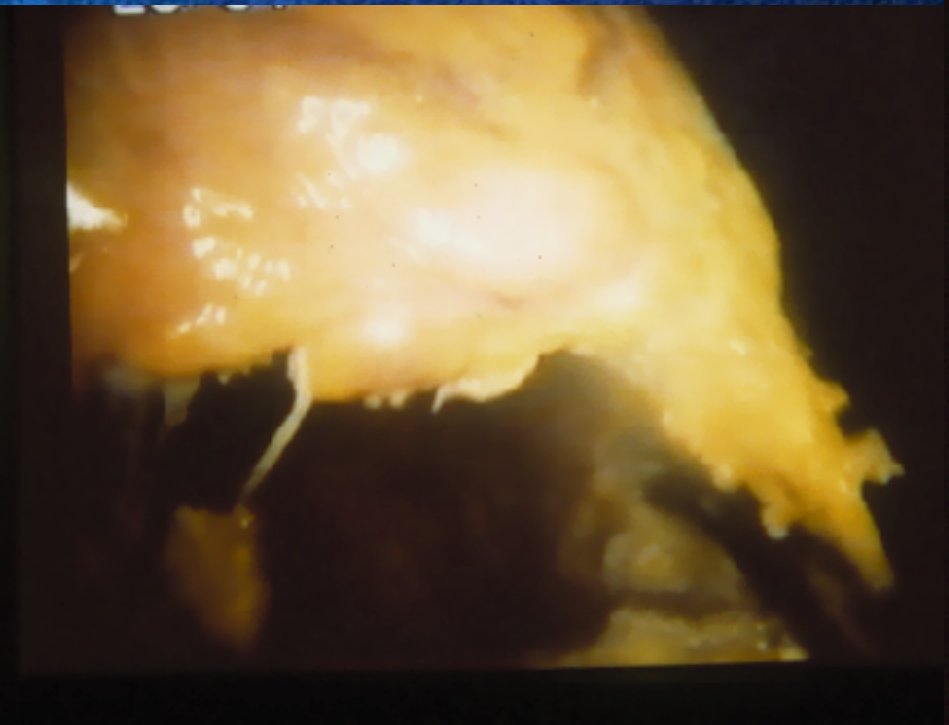
Abordaje de la Transcavidad



Asencio F. Surgical Lap Endosc 1994

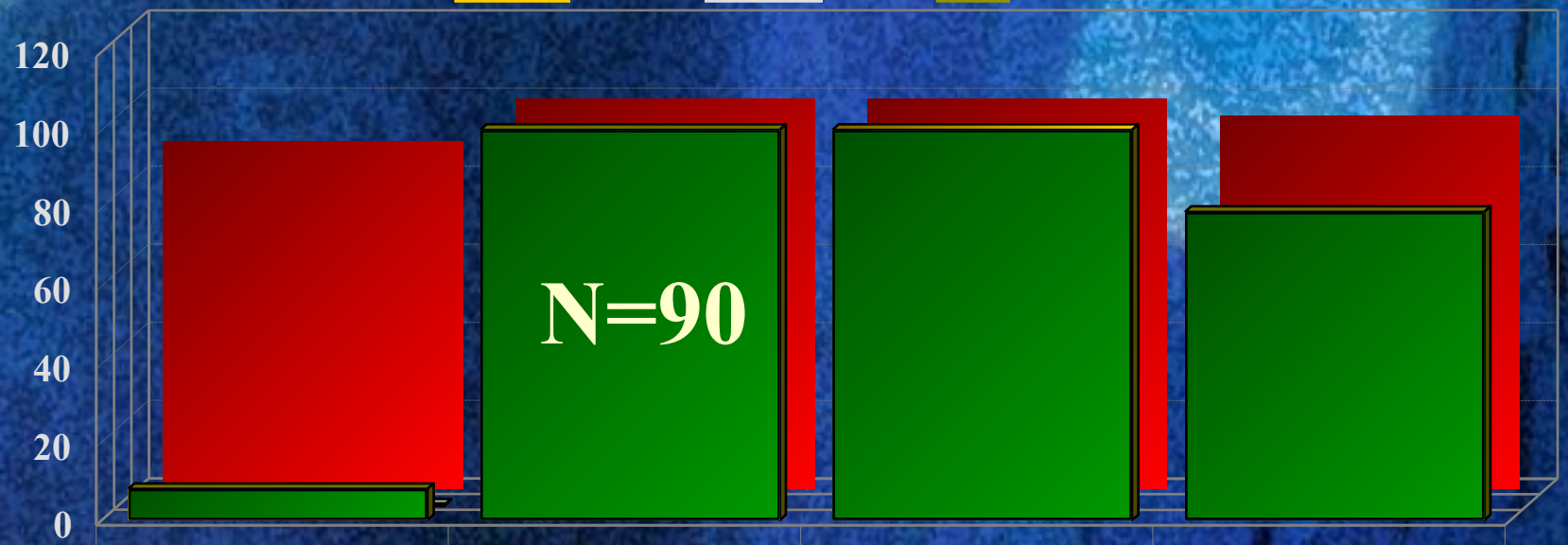
Abordaje de l

Asencio F. Surgical Lap Endosc 1994



ADENOCARCINOMA GÁSTRICO
Metástasis Peritoneales

LAP vs. TAC vs. US



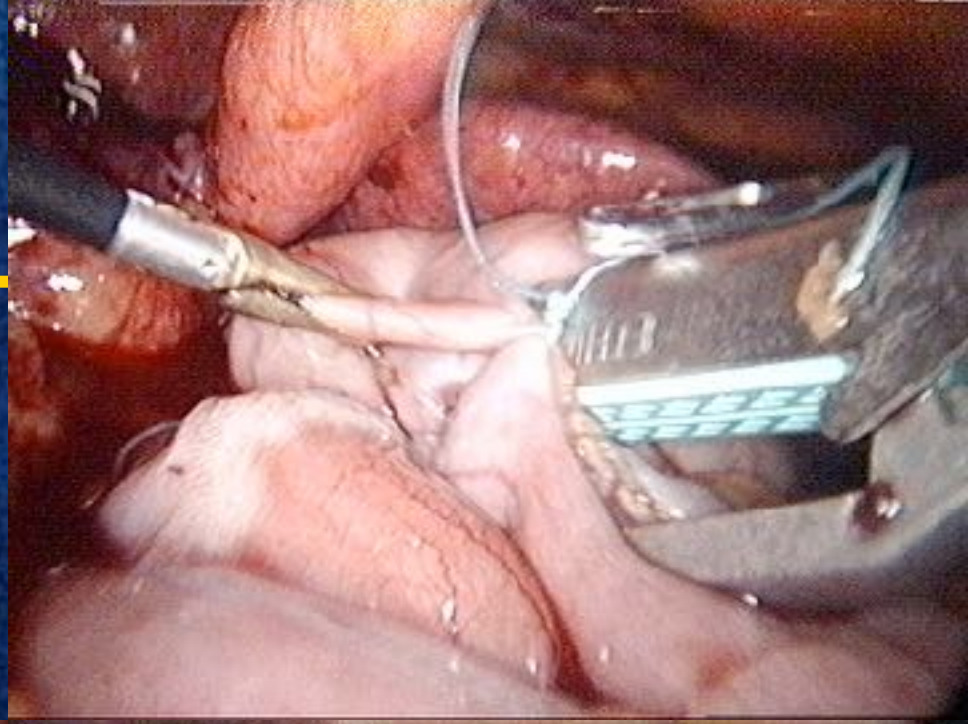
	SENSIBILID.	ESPECIFIC.	VP+	VP-
US	8	100	100	79
TAC	0			
LAP *	89	100	100	95,5

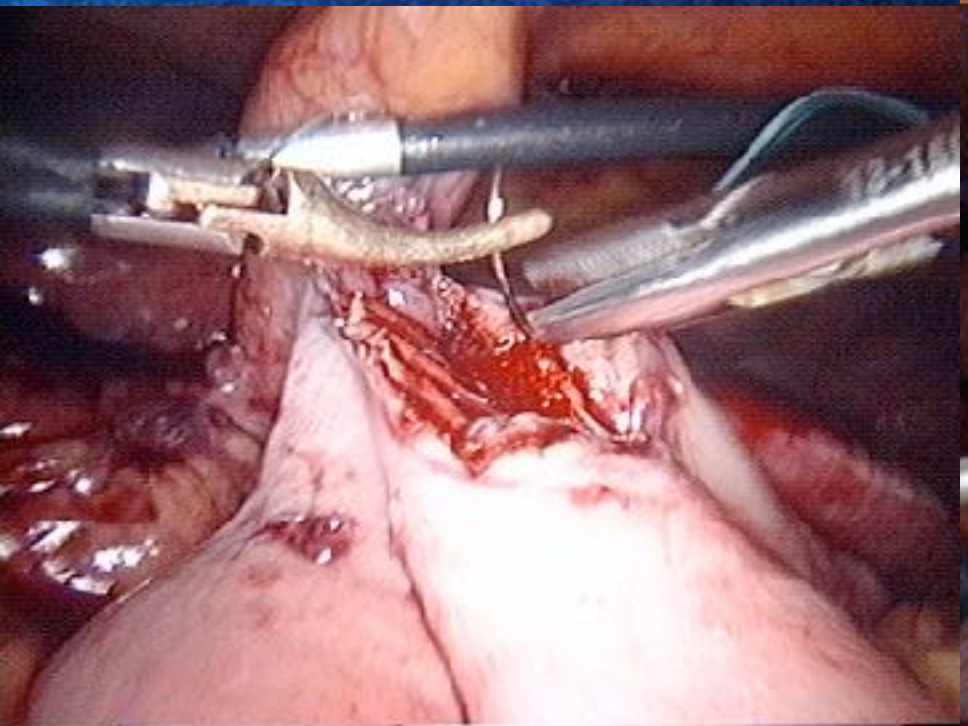
* p> 0.05

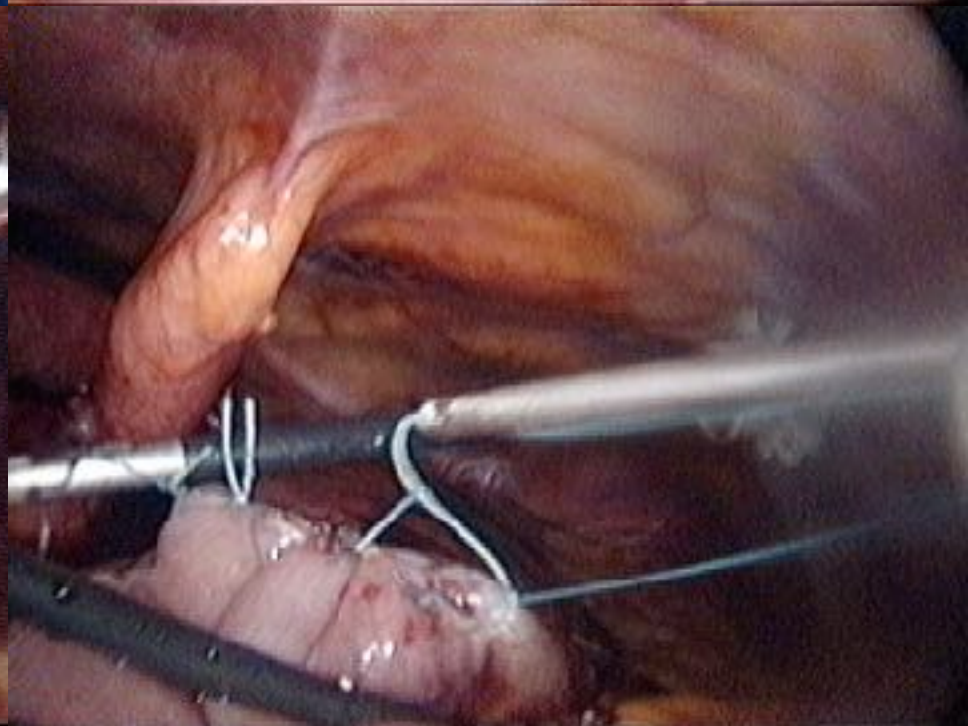
Casos evaluables: LAP: 55; US: 53; TAC: 31

Asencio F. et.al. Surg Endosc 1997, 11:1153

Gastro-yeyunostomía Laparoscópica







ADENOCARCINOMA GÁSTRICO
Estadificación Laparoscópica

Autor	Nº casos	Modificación tratamiento
Sarela. Am J Surg 2006	718	31%
Nakagawa. Gastric Cancer 2007	100	23%
De Graaf. Eur J Surg Oncol 2007	416	20%
Kaiser. Int Surg 2007	125	22%

Autor	Nº casos	Modificación tratamiento
		>40%
		45%
		>40%

M+ ¿Resecar?

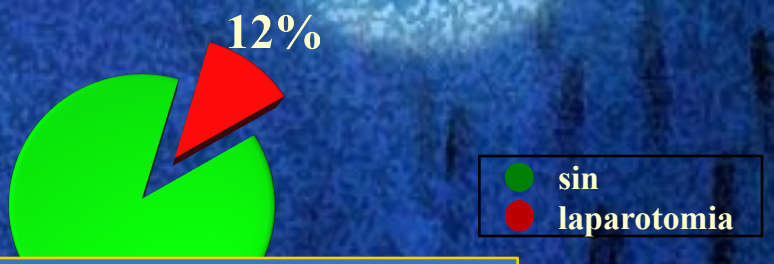
- Pacientes con estadio M1 laparoscópico SIN resección representan una población única de la era de la cirugía mínimamente invasiva.

- Son distintos de los irresecables por enfermedad diseminada preoperatoria, razones técnicas o alto riesgo quirúrgico.

M+ ¿Resecar?

Memorial S.K. Cancer Center NY

- 1748 pts. con AC gástrico (100%)
  - 718 (41%) estadificación laparoscópica
    - **165 M+**
- **165 (100%)**
  - **Supervivencia actuarial**
    - **39% 1 año**
    - **4% 2 años**



La resección no curativa de un AC gástrico, probablemente NO altera la progresión de la enfermedad y NO parece necesaria.

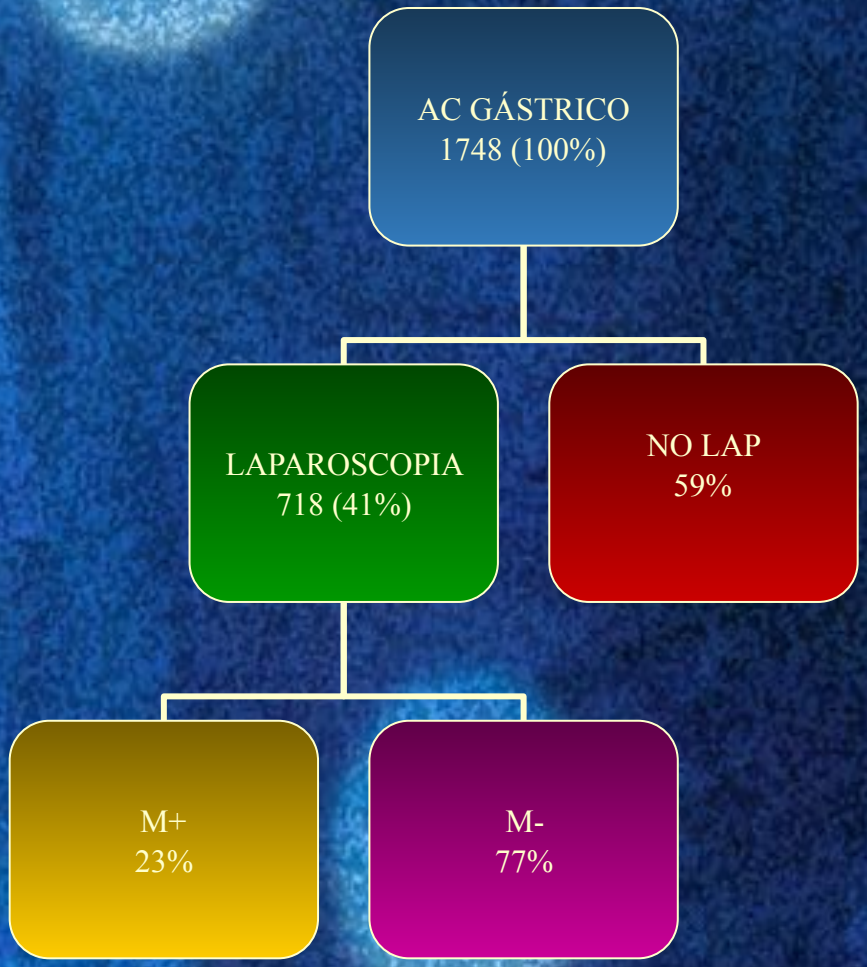
Sarela A. et. al. Ann Surg. 2006. 243/2:189

M+ ¿Resecar?

- Esta estrategia supone:
- EVITAR RESECCIONES NO CURATIVAS en pacientes oligosintomáticos identificados como M1 en la laparoscopia.
- EVITAR MORBIMORTALIDAD asociada a la gastrectomía.

Selección de Pacientes para Laparoscopia

Memorial S.K. Cancer Center NY

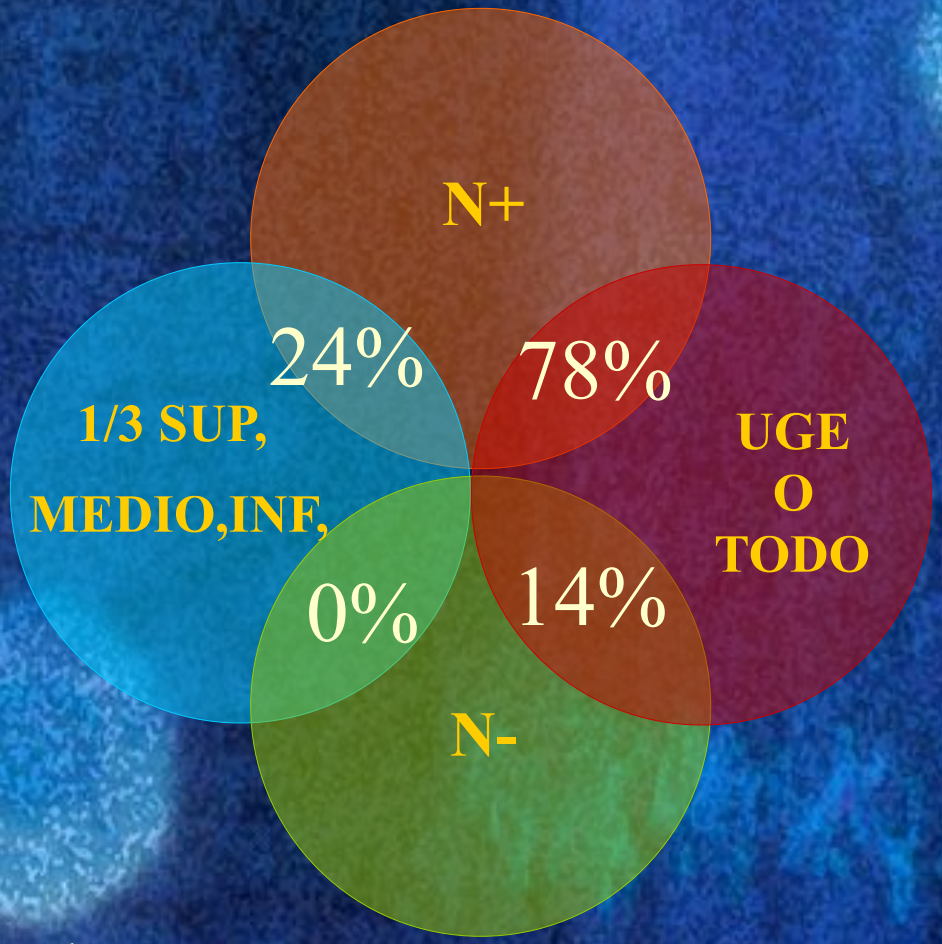


- Correlación + (univariante)
  - Localización TM (UGE o todo)
  - Edad (< 70 años)
  - Bajo grado diferenciación
  - N+ (>1cm en TAC)
- Correlación indep. (multiv.)
  - **Localización TM (UGE o todo)**
  - **N+**

Sarela A. et. al. Am J Surg. 2006. 134-138

Selección de Pacientes para Laparoscopia

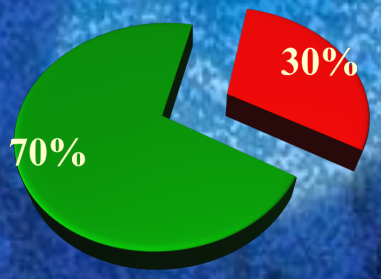
Memorial S.K. Cancer Center NY



Sarela A. et. al. Am J Surg. 2006. 134-138

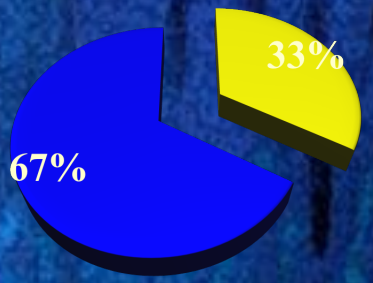
Indicaciones

- **2001:** laparoscopia en **TODOS**
  - >T2 M0
  - sin contraindicación para gastrectomía
  - sin hemorragia o e. pilórica



Evitar LAPAROTOMÍAS innecesarias

- **2009:** laparoscopia **SOLO** en
  - UGE
  - todo el estómago
  - N+ (>1cm en TAC)



Evitar LAPAROSCOPIAS innecesarias

GRACIAS