



## P-120 - TRATAMIENTO DE TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL POR ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO MEDIANTE GASTRECTOMÍA POLAR SUPERIOR

*Mayo-Ossorio, M<sup>a</sup> de los Ángeles; Bengoechea-Trujillo, Ander; Pacheco-García, José Manuel*

*Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.*

### Resumen

**Introducción:** El abordaje laparoscópico es habitual en los tumores del estroma gastrointestinal (GIST). Sin embargo la gastrectomía proximal o por superior no es muy frecuente, debido a que es un procedimiento complejo, en particular por abordaje laparoscópico. Presentamos un caso de una paciente de 39 años diagnosticada de un tumor estromal gastrointestinal subcardial a quien se realizó una gastrectomía proximal laparoscópica con buenos resultados postoperatorios.

**Caso clínico:** Paciente de 39 años estudiado por dolor epigástrico y fiebre. Se realizó una endoscopia digestiva alta en la que se identifica un tumor estromal gastrointestinal subcardial. La TC corporal identificó la presencia de adenopatías mediastínicas y axilares, así como imágenes sugestivas de metástasis hepáticas. La biopsia confirma un tumor estromal gastrointestinal. El caso es discutido en comité multidisciplinario se decide realizar PET-TC la paciente fue diagnosticada de un GIST subcardial T4N1M0. Se realizó preparatoriamente neoadyuvancia con imatinib durante un mes, tras el cual se intervino quirúrgicamente. El abordaje se realizó con 5 trócares (11 mm supraumbilical, dos subcostal izquierdo y derecho de 12 mm, subxifoides de 5 mm y flanco izquierdo de 5 mm). Se exploró la cavidad abdominal y no se identificaron LOES hepáticas en el momento de la cirugía. Realizamos una gastrectomía polar superior con linfadenectomía D1 siguiendo los principios oncológicos de los tumores subcardiales realizando el tubo gástrico con endograpadora protegida. La pieza se retiró en una bolsa extendiendo el puerto de 11 mm a la mini-laparotomía. La anastomosis esofagogástrica se realizó mediante sutura mecánica circular asistida manualmente por la minilaparotomía y a través del trócar de 12 mm subcostal derecho introduciendo la sutura circular por la piloroplastia. Se llevó a cabo la prueba de estanqueidad con azul de metileno. No dejamos Sonda nasogástrica pero sí un drenaje autorizando la anastomosis esofagogástrica. La evolución postoperatoria fue favorable. Inició tolerancia oral progresiva al cuarto día postoperatorio siendo dada de alta al séptimo día de la intervención sin incidencias. El estudio anatomopatológico de la pieza fue tumor del estroma gastrointestinal subcardial de 3 cm con márgenes quirúrgicos respetados y 11 ganglios linfáticos sin evidencia de malignidad, con diagnóstico postoperatorio de T2N0M0. Un mes después de la cirugía, la paciente tiene tolerancia oral adecuada. No hay presentación clínica de reflujo gastroesofágico. A los 6 meses permanece asintomática y con buena evolución.

**Discusión:** La gastrectomía proximal o polar superior no es actualmente una técnica muy habitual en cirugía esofagogástrica pero pensamos que en determinados pacientes con patología benigna puede ser realizada a través de un abordaje laparoscópico. En el caso de nuestra paciente y al precisar una minilaparotomía para la extracción de la pieza se optó por realizar la anastomosis esofagogástrica de forma manual con sutura

mecánica circular, pero pensamos que es realizable de forma laparoscópica. Es una técnica segura con buenos resultados clínicos y oncológicos, especialmente en el cáncer gástrico temprano y en los tumores gastrointestinales. Sin embargo, son necesarios estudios a largo plazo y de un mayor número de casos.