



## O-060 - ABORDAJE ACTUAL DE TUMORES BENIGNOS Y GIST GÁSTRICOS POR PUERTO ÚNICO. TIPOS, TÉCNICAS, INDICACIONES Y DIFICULTADES DE LOS PROCEDIMIENTOS. ESTADO ACTUAL DEL ARTE

J.A. Garijo Álvarez<sup>1</sup>, M. Gascón Hove<sup>2</sup>, M. Cea Soriano<sup>1</sup>, A. Pueyo Rabanal<sup>1</sup>, C. García Llorente<sup>1</sup>, E. Esteban Agustí<sup>1</sup>, P. Galindo Jara<sup>1</sup>, M.I. Hernanz Hernández<sup>1</sup>, R. Barriga Sánchez<sup>1</sup>, L. Rabadán Ruiz<sup>1</sup> y J. Torres Jiménez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Torrejón. <sup>2</sup>Hospital Militar Zaragoza. <sup>3</sup>Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes.

### Resumen

**Objetivos:** En la actualidad el abordaje laparoscópico por puerto único, se está consolidando en el mundo occidental, como abordaje para múltiples patologías, con todas las dificultades que aún conlleva. Presentamos una puesta al día de cuál es la situación en el abordaje de estos tumores benignos y GIST gástricos con laparoscopia avanzada por puerto único, tipos, técnicas, dificultades y una revisión bibliográfica al respecto, así como la experiencia del Servicio. Se aportan múltiples imágenes de las técnicas (resecciones en cuña/resecciones trasgástricas/resecciones intragástrica) comentadas.

**Métodos:** Entre septiembre/2008 y diciembre/2012, se llevan intervenidos 11 tumores gástricos (2 leiomiomas/9 GIST), abordados por laparoscopia avanzada a través de un puerto único. 5 antrales, de cara anterior 3 y posterior 2; 3 corporales, 2 posteriores y 1 anterior; 4 fúndicas/cardiales, 3 anteriores y 1 posterior. Todos los tumores tenían radiológicamente de forma preoperatoria < 5 cm de eje mayor y ausencia de extensión a distancia y/o afectación de otros órganos por contigüidad. Se utilizó como trocar de entrada en todos los casos, un Triport® ((Olympus Winter & Ibe GmbH; Hamburg; Alemania), instrumental recto estándar y percurvado (Olympus Winter & Ibe GmbH; Hamburg; Alemania), y ópticas que variaron desde ópticas específicas para Puerto Único (flexibles de Olympus; deflectantes de Olympus, de 5 mm/30° de Storz de 35 cm y de 45 cm). La sección se realizó con Endo Gias 60 mm/45 mm y carga Dorada progresiva/carga Azul de 3,5 mm) en todos los casos. La extracción se realizó en todos los casos con Endobag 12 mm (COVIDIEN™, Norwalk, Connecticut, EEUU). El cierre gástrico, cuando se precisó, se realizó mecánicamente o con sutura continua monocapa reabsorbible de lenta reabsorción.

**Resultados:** La resección se pudo llevar a la práctica por este método en todos los casos, con la asistencia en 4 casos de un trocar subxifoideo para separar el hígado. No hubo complicaciones ni intra ni postoperatorias. La tolerancia se inició entre las primeras 8h y 36h. El alta se pudo dar entre el 3º y 5º día a todos los pacientes. Sin complicaciones de la herida quirúrgica hasta la fecha. Los márgenes no estuvieron afectados en ningún caso, siendo 6 GIST de bajo riesgo y 3 de riesgo intermedio.

**Conclusiones:** Al revisar la bibliografía existen varias publicaciones que desde el año 2010, ya presentan resecciones con este abordaje laparoscópico por puerto único, aunque muy pocas aportan abordajes intragástricos, siendo la mayoría wedge resections/resecciones en cuña. Aunque el número no es concluyente, si parece que resulta una cirugía segura, oncológicamente correcta y con escasas complicaciones, al igual que nuestra experiencia parece aportar. Se requieren estudios más amplios para demostrar los beneficios

potenciales de este abordaje al tratamiento de estos tumores, aunque es difícil conseguir el número adecuado por su baja incidencia.