



V-76 - RESECCIONES INTRAGÁSTRICAS POR PUERTO ÚNICO. ABORDAJE, TIPS AND TRICKS. GIST GÁSTRICO DE LA CARA ANTERIOR

J.A. Garijo Álvarez¹, M. Cea Soriano¹, A. Pueyo Rabanal¹, C. Pérez Llorente¹, M.I. Hernanz Hernández¹, P. Galindo Jara¹, E. Tebán Agustí¹, R. Barriga Sánchez¹, L. Rabadán¹, M. Gascón Hove² y J. Torres Jiménez³

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

Resumen

Introducción: En relación con un caso de GIST gástrico de pared anterior, se pretende enseñar cómo se puede realizar la resección intragástrica con un abordaje desde un puerto único laparoscópico, su técnica, dificultades y elementos técnicos para poderlo llevar a la práctica.

Caso clínico: Se presenta un paciente de 72a, sin comorbilidades de interés, que durante el estudio de una HDA sin repercusión hemodinámica, se encuentra por PEO, una tumoración de 5 cm de eje máximo, que tras eco endoscopia se confirma como una probable tumoración de estirpe estromal (GIST); sin diseminación a distancia por TAC; decidiéndose su tratamiento quirúrgico electivo. Tras localización e hiperinflación endoscópica al inicio de la cirugía, se aborda el estómago desde la pared abdominal, introduciéndose un Triport Olympus (Olympus Winter & Ibe GmbH; Hamburg; Alemania) dentro de la cámara gástrica. Se utilizaron una óptica de 5 mm/30° (Karl Storz) y material recto de laparoscopia convencional y pinzas pre curvadas (Olympus Winter & Ibe GmbH; Hamburg; Alemania). Para la sección una Endo Gia 60 mm/con 2 cargas doradas (COVIDIEN™, Norwalk, Connecticut, EEUU), el neumo a 12 mm de presión. Y para la extracción una Endobag 12 mm (COVIDIEN™, Norwalk, Connecticut, EEUU). En todo momento se mantuvo un endoscopio convencional dentro de la cavidad gástrica tanto para tutorizar la sección como para posteriormente comprobar la ausencia de sangrado de la línea de grapado y la estanqueidad. Se pudo realizar de forma correcta oncológica la resección con bordes quirúrgicos libres, y sin complicaciones. El tiempo operatorio fue de 68 min, sin pérdida de sangre (< 10 cc) y dado de alta tras iniciar tolerancia adecuada, a las 48h. El tumor era un GIST Gástrico de 37 mm de eje mayor, de bajo riesgo de malignidad (c-Kit y mitosis) no precisando tto adyuvante. Hasta la fecha sin complicaciones de la pared abdominal.

Discusión: Las resecciones intragástricas con este abordaje en GIST > 5 cm gástricos, son seguras, factibles, reproductibles con experiencia en cirugía laparoscópica avanzada, cumplen criterios oncológicos y llevan asociadas las ventajas de la mínima invasión de la pared abdominal (una única incisión). Las limitaciones posibles son las mismas que en laparoscopia convencional, los tumores que afectan al píloro y/o cardias, que en su extirpación, pudieran estenosar dichos estrechos anatómicos.