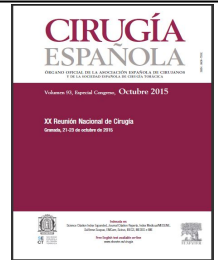




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-043 - Abordaje Transgástrico Híbrido Laparoscópico para GIST de localización Yuxtacardial

Torres Alfonso, José Ramón; Restrepo, Rafael; Posada-González, María; Salcedo Cabañas, Gabriel; Vorwald, Peter; García-Olmo, Damián

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Introducción: Si bien los GIST (gastrointestinal stromal tumor) representan solo un 1-2% de los tumores gástricos son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto gastrointestinal, y el estómago es su principal localización. El tratamiento de elección de la enfermedad no metastásica es la cirugía, no siendo necesaria la linfadenectomía. La localización yuxtacardial de los GIST supone una dificultad desde el punto de vista técnico que en ocasiones puede llevar a la realización de una gastrectomía total. El abordaje híbrido transgástrico laparoscópico y endoscópico permite mejor visión y delimitación de la lesión al mismo tiempo que se identifica la unión esofagogástrica (UEG), minimizando el riesgo y evitando la resección mayor gástrica.

Casos clínicos: Se presenta el caso de dos pacientes con diagnóstico de GIST yuxtacardial. La paciente 1 es una mujer de 79 años estudiada en consulta por disfagia para sólidos. En TC abdominal se muestra una lesión de 4,2 cm, de localización yuxtacardial cercana a curvatura menor, sin que pueda establecerse claro límite con la UEG. Dados estos hallazgos y la intensa expresión de CD34, se decide tratamiento neoadyuvante con imatinib. En la TC postneoadyuvancia el tumor se ha reducido a 3 cm presentando una distancia mayor a 1,5 cm con la unión esofagogástrica. La paciente 2 es una mujer de 49 años, estudiada por dolor abdominal inespecífico y con hallazgo incidental de lesión gástrica en ecografía abdominal. En TC se muestra una lesión de localización yuxtacardial en curvatura mayor de 3 cm de diámetro. Ninguna de las TC de extensión mostró afectación locorregional ni a distancia. En ambos casos se realiza un abordaje intraoperatorio combinado laparoscópico con tres trócares de 5mm, dos de 12 mm y endoscópico. Tras la apertura de pared gástrica se objetivan ambas lesiones de localización yuxtacardial. Se consigue una buena exposición de las mismas mediante T-lifts y puntos de tracción. Con localización endoscópica de la UEG se obtiene una mejor delimitación de las lesiones con respecto a la misma y se evita su grapado accidental. Las lesiones son resecadas mediante endograpadora e introducidas en bolsa para su extracción por vía transoral con la ayuda del endoscopio. La anatomía patológica intraoperatoria no muestra márgenes afectos. La apertura de la pared gástrica se cierra con doble sutura barbada de material reabsorbible en planos mucoso-submucoso y seromuscular, previa colocación de SNG, extracción de T-lifts y puntos de tracción. Ambos postoperatorios transcurren sin complicación. Las pacientes inician tolerancia oral a las 24-72 h postoperatorias y son dadas de alta al 3^{er} y 6^o días postoperatorios.

Discusión: El abordaje laparoscópico transgástrico es una técnica eficaz para los GIST yuxtacardiales. La endoscopia intraoperatoria protege la unión gastroesofágica y permite la extracción de la lesión por vía transoral. El abordaje híbrido permite una mejor visualización y delimitación del tumor, facilitando las

dificultades técnicas que la localización de ambos tumores conlleva.