



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-303 - TUMORACIÓN ESTROMAL YUXTACARDIAL: TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO

Fraile Alonso, Iñaki; Aranzana Gómez, Aurelio Francisco; Martínez Cecilia, David; Chinea Correa, Nancy; Toral Guinea, Pablo; Cuevas del Pino, Delia; Morlán López, Miguel Ángel

Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Resumen

Introducción: Los tumores GIST gástricos son una entidad infrecuente, su abordaje quirúrgico depende del tamaño, localización, grado de malignidad y sobre todo de su localización, siendo las localizaciones próximas al cardias y al píloro las de mayor dificultad por la posible estenosis que pueda ocurrir tras su resección.

Caso clínico: Mujer de 46 años sin AP, estudiada por digestivo por anemia leve y cuadro de plenitud posprandial. Tras endoscopia digestiva alta y USE es diagnosticada de tumor GIST subcardial ulcerado de 5 cm, C-KIT +, tras biopsia. Se exponen las pruebas complementarias de interés (TAC, USE, EGD...). Abordaje laparoscópico completo, 5 trócares, disección de la unión esofagogástrica, ventana retroesofágica, tumoración > 5 cm, subcardial, hacia cara posterior del ángulo de His, se marcan con puntos de seda márgenes de la lesión. Control endoscópico para asegurar dichos márgenes así como asegurar paso del cardias, resección con EGIA de la tumoración, comprobación con insuflación endoscópica de la ausencia de fugas, sutura de refuerzo continua de la línea de sutura, colocación de drenaje. Buen curso postoperatorio, ingesta al 2º día tras egd con gastrografín, alta hospitalaria al 3º día. Anatomía patológica definitiva: tumor GIST de bajo grado, ckit+. Asintomática con egd de control normal a los 4 meses de la cirugía.

Discusión: El abordaje laparoscópico es una alternativa válida y segura en los GISTs gástricos, incluso en los de localización subcardial y de moderado tamaño, el control endoscópico intraoperatorio es necesario para asegurar márgenes y evitar la estenosis de la unión esofagogástrica.