



V-201 - TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL GIGANTE EN ÁNGULO DE TREITZ: RESECCIÓN POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA CON HAND-PORT

Llompart Coll, María Magdalena; Momblán, Dulce Nombre de María; Guzmán, Yoelimar; Ibarzabal, Ainize; Cuatrecasas, Miriam; Farguell, Jordi; Carbonell, Enric; Lacy, Antonio M.

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Resumen

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoplasias infrecuentes, que se localizan mayoritariamente en el estómago e intestino delgado y presentan un comportamiento benigno en el 70-80% de los casos. Los GIST se clasifican principalmente en función del tamaño, índice mitótico e índice de proliferación celular (Ki67), permitiendo establecer el riesgo de progresión y el abordaje terapéutico en cada caso. La resección quirúrgica constituye el único tratamiento con intención curativa, estando reservado para aquellos tumores sin afectación metastásica. Como sucede con el tratamiento quirúrgico de otros tumores, la localización anatómica desfavorable limita el abordaje laparoscópico, por lo que el uso de dispositivos de asistencia o la conversión a cirugía abierta puede resultar necesaria. Presentamos un vídeo que muestra la resección quirúrgica de un GIST de gran tamaño de localización próxima al ángulo de Treitz por laparoscopia utilizando un dispositivo de asistencia manual.

Caso clínico: Este caso corresponde a un paciente varón de 65 años con antecedente de fibrilación auricular paroxística, que en contexto de estudio mediante RMN cardíaca previa a la crioablación de las venas pulmonares, es diagnosticado de forma incidental de una tumoración intestinal gigante localizada en el ángulo de Treitz. Se completa el estudio mediante una tomografía computarizada toracoabdominal que describe una tumoración sólido-quística de 12 × 7 × 6 cm, sin signos de afectación loco-regional ni de diseminación a distancia, planteando el diagnóstico diferencial entre duplicación intestinal, quiste mesentérico y GIST. Ante dichos hallazgos se consensuó escisión quirúrgica de la lesión en primera instancia. Se realizó abordaje laparoscópico objetivando la lesión conocida, próxima al ángulo de Treitz y en estrecha relación con la vena renal izquierda. Dadas las dimensiones del tumor y el no poder garantizar la preservación de estructuras importantes adyacentes se colocó un dispositivo tipo *hand-port*, permitiendo un mejor control de la tumoración junto a una exéresis completa. Ante un posoperatorio sin incidencias, el paciente fue dado de alta al cuarto día posoperatorio. La anatomía patológica definitiva fue compatible con un GIST de bajo grado, pT4, con elevado riesgo de progresión. Tras la valoración por parte de Oncología, se decidió iniciar tratamiento adyuvante con imatinib. El paciente no ha presentado complicaciones ni se han detectado signos de recidiva a los 3 meses de seguimiento.

Discusión: El tratamiento curativo de los GIST localizados es quirúrgico. En algunos casos presentan elevadas dimensiones o localizaciones atípicas al diagnóstico, requiriendo el uso de técnicas complementarias dentro del abordaje mínimamente invasivo para asegurar una resección completa paralelamente a la preservación del resto de estructuras anatómicas. El uso de *hand-port* permite, en los casos seleccionados, un mayor control durante la disección quirúrgica sin aumentar el número de incisiones de

asistencia preestablecidas.