



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



VC-031 - CIRUGÍA GÁSTRICA LAPAROSCÓPICA. RESECCIÓN ATÍPICA POR GIST

Cruza Aguilera, Iris; Sánchez Pedrique, Isabel; Baudino, Maximiliano; Urdiain Labayen, Iñigo; Armendariz Llanos, Ana; Domínguez Arroyo, Idoia; Casaval Cornejo, Luis; Álvarez Rico, Miguel Ángel

Hospital Universitario, Burgos.

Resumen

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son tumores muy poco frecuentes que derivan de las células intersticiales de Cajal (origen mesenquimal). Pueden aparecer en cualquier segmento del aparato digestivo, pero su lugar de asiento más frecuente es el estómago. El abordaje mínimamente invasivo del GIST es una opción segura y eficaz, sobre todo indicada en tumores entre 2 y 5 centímetros. La técnica de elección depende del tamaño de la lesión y su localización (desde resecciones conservadoras en cuña hasta gastrectomías totales, incluyendo linfadenectomías oncológicas en casos de degeneración neoplásica). El objetivo de este vídeo es mostrar una resección atípica por vía laparoscópica, haciendo especial hincapié en la utilidad de la gastrotomía de asistencia para la localización tumoral.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 58 años, con antecedente de bocio multinodular autónomo tratado con radioyodo, apendicectomía abierta y salpinguectomía e histerectomía vía Pfannenstiel. Ingresó en el servicio de Digestivo por hemorragia digestiva alta autolimitada. La tomografía computarizada (TC) reveló una lesión subserosa de 4x3cm en la curvatura menor gástrica, inmediatamente inferior a la unión gastroesofágica. Se realizó nueva gastroscopia y la punción aspiración con aguja fina determinó tejido compatible con GIST. Técnica quirúrgica: se realizó una gastrectomía atípica laparoscópica con asistencia de gastrotomía para adecuada identificación de la lesión y resección con márgenes. El cierre de la gastrotomía se realizó con sutura barbada y posteriormente se comprobó la estanqueidad de la sutura. El posoperatorio cursó sin incidencias, reiniciando tolerancia al 2.º día posoperatorio, y siendo dada de alta al 5.º día posoperatorio. El análisis anatomopatológico confirmó un GIST gástrico de 4 cm, sin necrosis, con 3 mitosis por cada 5 mm², clasificado como grado bajo (G1) y estadificado como pT2 G1, estadio IA, sin indicación de tratamiento o seguimiento por parte de Oncología. Se realizó tránsito esofagogástrico a los 2 meses posoperatorios de control con adecuada distensión y vaciamiento gástrico.