



## V-075 - DETALLES TÉCNICOS DEL ABORDAJE TRANSGÁSTRICO DIRECTO POR PUERTO ÚNICO PARA LESIONES ENDOLUMINALES GÁSTRICAS DE DIFÍCIL ACCESO

Lara Martín, Nuria; Martínez Caballero, Javier; Faro Puente, Sofía; Bernaldo de Quirós, Mercedes; Coello Hollebecq, Carlos; Gómez Rodríguez, Pilar; Ferrero Herrero, Eduardo; Rodríguez Cuellar, Elías

Hospital 12 de Octubre, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** El objetivo es describir los detalles técnicos y viabilidad del abordaje mínimamente invasivo transgástrico directo por puerto único para lesiones benignas de crecimiento endoluminal localizadas en curvatura menor gástrica y/o próximas a la unión esofagogástrica (UEG).

**Caso clínico:** Mujer de 51 años con cuadro de hemorragia digestiva alta y anemia secundaria a lesión subepitelial, deprimida y ulcerada en curvatura menor gástrica próxima a la UEG, de 4cm, diagnosticada mediante gastroscopia compatible con GIST gástrico. No se observa afectación a distancia en la TC. Tras confirmar la sospecha de GIST con biopsia se decide abordaje laparoscópico transgástrico por monopuerto. Descripción de técnica quirúrgica: se confirma la localización de la lesión y proximidad a la UEG mediante endoscopia intraoperatoria. Se realiza laparotomía media subxifoidea de 5-6 cm y se coloca un dispositivo Alexis (mediano). Se localiza y exterioriza el estómago mediante insuflación. Se realiza una gastrotomía de 3cm en la cara anterior antral entre dos puntos tractores. Se coloca un Alexis (pequeño) intragástrico fijando la cara anterior del estómago a la pared abdominal. Se aplica un dispositivo monopuerto o guante estéril al Alexis pequeño, sellándolo y permitiendo crear neumogastro (5-8 mmHg). Se recomienda mantener colocado el gastroscopio o una sonda de Fouchet pinzada para evitar la pérdida de neumogastro y además, localizar la UEG durante la resección. Se utilizan tres trócares de 12 mm. Se inicia la resección de caudal a craneal por plano submucoso, pudiendo realizar una resección completa de la pared gástrica para evitar la rotura de la cápsula. La distensión gástrica permite localizar con exactitud los límites del tumor y de la UEG intraprocedimiento. En caso de resección completa de pared, el neumoperitoneo puede reducir la cámara gástrica para lo cual se coloca una aguja de Veress con sello de agua. Finalizada la resección, se repara el defecto con sutura barbada 3/0. La gastrotomía permite extraer piezas de gran tamaño no subsidiarias de extracción vía endoscópica. Por último, se cierra la gastrotomía mediante endoGIA 60 mm. Se comprueba la hemostasia y estanqueidad de la sutura por laparoscopia. El posoperatorio transcurrió sin incidencias con alta el tercer día. En la anatomía patológica se observa un GIST con índice de 1 mitosis/5 mm<sup>2</sup> (G1) y márgenes libres.

**Discusión:** El abordaje transgástrico directo por puerto único es útil para el abordaje de lesiones benignas con crecimiento endoluminal en localizaciones difíciles para el abordaje laparoscópico convencional como la curvatura menor, UEG y cara posterior gástrica. Las principales ventajas de este abordaje son: 1) mejor visualización de los bordes de la lesión y de su relación con la UEG, 2) reducción de la necesidad de resección transmural extensa y riesgo de estenosis de la UEG, 3) permite la extracción de piezas de mayor

tamaño no extraíbles vía endoscópica, 4) mayor versatilidad respecto al abordaje transgástrico con múltiples trócares ya que la localización de estos no es fija. Los principales inconvenientes son: 1) menor triangulación, 2) recomendable utilizar un dispositivo monopuerto comercializado y 3) la disminución de la cavidad por neumoperitoneo.