



O-081 - CIRUGÍA ROBÓTICA EN EL MANEJO DEL GIST GÁSTRICO

Jofra, Mariona; Castro Boix, Sandra; Gantxegi, Amaia; Rodríguez Conde, Nivardo; Serrano García, César; Armengol Carrasco, Manuel

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal son los tumores mesenquimales primarios más comunes del tracto gastrointestinal y representan entre el 1 y el 3% del total de cánceres gastrointestinales. Los GIST son las lesiones submucosas más frecuentes del estómago y representan entre el 50 y el 60% del total de GIST. La resección quirúrgica se considera el tratamiento de elección con potencial curación en los GIST gástricos primarios sin signos de metástasis. Los objetivos principales de esta cirugía son realizar una resección de la lesión R0 y evitar la rotura del tumor. Inicialmente, no se consideraba la cirugía mínimamente invasiva en tumores menores de 2 cm, pero hoy en día se ha visto que la laparoscopia es segura para tumores mayores de 5 cm en manos de cirujanos expertos. El uso de la cirugía robótica, con las mejoras de visión, de imagen tridimensional y el aumento de movilidad del instrumental, nos permite abordar los GIST gástricos localizados en posiciones desfavorables, como serían la región antropilórica, la unión esofagogastrica, la curvatura menor y la cara posterior gástrica.

Objetivos: El objetivo de este estudio es valorar la seguridad y eficacia de la resección atípica robótica de los GIST gástricos.

Métodos: Presentamos una serie de casos realizados en nuestro hospital en los que se ha realizado una resección gástrica atípica por GIST gástrico entre diciembre de 2021 y enero de 2024.

Resultados: En estos 26 meses tenemos una serie de 12 pacientes sometidos a resección gástrica atípica robótica. La localización de estos ha sido antral ($n = 1$), UGE ($n = 4$), cara anterior de cuerpo gástrico ($n = 4$), cara posterior de cuerpo gástrico ($n = 1$) y curvatura menor ($n = 2$). Todas las cirugías han sido resecciones atípicas con preservación de píloro y de la unión gastroesofágica en los casos en los que estaban involucrados. El 67% de los casos eran en localizaciones desfavorables. El tiempo quirúrgico medio ha sido de 98,8 minutos en los que se incluye el tiempo de Docking. En 2 casos se ha asociado una colecistectomía robótica por colelitiasis. La técnica quirúrgica utilizada en el 50% de los pacientes ha sido la exposición mediante el abordaje robótico con colocación de endograpadora a través del puerto del asistente. En la otra mitad de los pacientes se ha realizado una resección de la lesión con cauterización y posteriormente reparación del defecto con sutura intracorpórea. La media de estancia hospitalaria ha sido de 3,5 días con una media de seguimiento posterior de 8 meses. No ha habido complicaciones durante el ingreso y en dos pacientes se han presentado complicaciones posteriores durante el seguimiento (subestenosis pilórica y retraso de vaciamiento gástrico) que se han solventado sin requerir nueva cirugía. En la revisión de anatomía patológica de los 12 casos, los márgenes son correctos y no ha habido rotura tumoral.

Conclusiones: La plataforma robótica en la cirugía del GIST gástrico nos ha permitido realizar resecciones atípicas en posiciones desfavorables con buenos resultados posoperatorios y asociando unos excelentes resultados oncológicos.