



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-020 - TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA EXTIRPADO MEDIANTE CIRUGÍA TRANSGÁSTRICA

Yunta Abarca, Pedro; Moreno Serrano, Almudena; García Fernández, Andrés; Ramos Martín, Pedro; Palomo Sánchez, Juan Carlos

Hospital General Virgen de la Luz, Cuenca.

Resumen

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) asientan con gran frecuencia en el estómago. El tratamiento de estos tumores es quirúrgico, debiéndose realizar resecciones gástricas con margen de seguridad. Los tumores localizados en proximidad de la unión gastroesofágica y en la región pilórica suponen un desafío quirúrgico para su extirpación.

Caso clínico: Paciente de 76 años que consultó por disfagia cricofaríngea y síntomas digestivos vagos. La gastroscopia encontró un tumor extramucoso en cara posterior gástrica a escasos centímetros de la unión gastroesofágica. Se realizó ecoendoscopia con PAAF. La biopsia y la inmunohistoquímica fueron diagnosticas de tumor de GIST, siendo positivo el tumor para CD117, DOG1 y CD34. El TAC solo encontró el tumor primario, con tamaño de 1,8 cm y exofítico hacia la luz gástrica. Se realizó una cirugía transgástrica con un dispositivo monopuerto Gelpoint Advanced Access Plataform® de Applied Medical. Se realizó una minilaparotomía de 2,5 cm a nivel de epigastrio alto. Localización y exteriorización del estómago. Sujeción del estómago con cuatro puntos cardinales, referenciados externamente con mosquitos y minigastrotomía de 1,5 cm entre ellos. Introducción del anillo interno del Gelpoint y colocación del sistema, realizando neumogastrio a 14 mmHg. Localización del tumor, que era de aspecto sésil y sin ulceración de la mucosa. Se dieron dos puntos de referencia con sutura barbada, uno caudal y otro craneal al tumor. A continuación, se marcó la periferia con ganchito y se procedió a su extirpación mediante gancho y bisturí harmónico hasta llegar a la capa muscular propia. El defecto fue suturado con las dos suturas barbadas de referencia iniciales, en dos planos. El resultado anatomopatológico fue de GIST de 17 × 13 mm de células fusiformes, con 5 mitosis/5 mm², grado histológico G1, sin presencia de necrosis y con factor de proliferación Ki67 < 1%.

Discusión: La extirpación quirúrgica de los tumores de GIST gástricos es habitualmente sencilla pudiendo realizarse resecciones gástricas atípicas mediante abordaje laparoscópico y empleo de endograpadoras. En ocasiones, cuando los tumores son grandes o en fases avanzadas con afectación de estructuras vecinas pueden ser necesarias gastrectomías más amplias hasta incluso una gastrectomía total. Habitualmente es suficiente un margen de seguridad de 1 cm aunque en caso de tumores menores de 2 cm se han propuesto también extirpaciones mediante técnicas de endoscopia, incluso enucleaciones. Los abordajes quirúrgicos propuestos han sido la laparoscopia, la endoscopia exclusiva y técnicas colaborativas de endoscopia y laparoscopia. El abordaje laparoscópico puede ser

el estándar, pero también se puede hacer una cirugía intragástrica de dos formas. Bien introduciendo trócares con balón dentro del estómago o bien empleando un dispositivo de monopuerto como el que empleamos nosotros. La resección local del tumor en casos de tumores menores de 2 cm es aceptada en los casos reportados en la literatura ya que la evolución de estos pacientes ha sido favorable. El empleo de los dispositivos monopuerto puede ser de utilidad en casos de GIST pequeños cercanos a la unión esofagogástrica.