

Publicado en Seclaendosurgery.com (en línea) 2012, nº 40.

Disponible: http://seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=260&Itemid=242

Copyright © Secla Endosurgery. Nº ISSN: 1698-4412

XI CONGRESO NACIONAL SECLA MADRID 2012 RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título:

GIST: RESECCIÓN TRANSGÁSTRICA LAPAROSCÓPICA DE UN TUMOR YUXTACARDIAL.

Autores:

Autor presentador:

Gabriel Paiva Coronel

Resto de autores:

Pablo Priego Jimenez, Vicente Angel Yepes, Javier Escrig Sos, Raquel Queralto Martín, Jose Luis Salvador Sanchis

Institución:

Servicio de Cirugía, Hospital General de Castellón, Castellon, España

Resumen de comunicación:

Introducción:

Los tumores estromales gastrointestinales (GISTs) representan los tumores mesenquimales mas comunes del tracto gastrointestinal, siendo el estómago el sitio donde mas comúnmente se originan. El tratamiento de elección para los GISTs localizados es la resección quirúrgica con márgenes libres de tumor. La resección laparoscópica de los GISTs de gran tamaño es controversial.

Objetivo:

Presentar el caso de un paciente varón a quien se realizó una resección transgástrica laparoscópica de un tumor GIST.

Material y método:

Paciente varón de 82 años, con antecedente de DM2, EPOC, que consulta por hemorragia digestiva alta. En la gastroscopia se constata un tumor submucoso de 5 cm de diámetro localizado en el cardias. En el TC de extensión no se constatan adenopatías regionales. Realizamos una resección transgástrica laparoscópica. El procedimiento se efectúa con dos trócares de 12mm, un trocar con balón de 12 mm y un trocar de 5 mm. Comenzamos con una incisión en la pared gástrica, que sirve para introducir el trocar-balón, a través del cual introducimos la óptica y nos sirve para fijar el estómago a la pared abdominal.

Se introduce un trocar de 12mm y otro de 5mm en la cavidad gástrica. Se confirma la localización del tumor. Para facilitar su movilización utilizamos un punto tractor. La resección se realiza con ayuda de un bisturí armónico (Ultracision®) dejando 1 cm de margen de resección. Un vez completa la resección, utilizamos un sistema Endobag® para su exteriorización. La pared posterior gástrica se cerró utilizando sutura reabsorbible el un solo plano.

Resultados:

El espécimen resecado midió 5,5 x 3,5 x 4 cm, y la anatomía patológica informó un tumor GIST de bajo grado pT3 con índice mitótico menor a 5/50.

Sin complicaciones postoperatorias, iniciando aporte oral al 3 día y recibiendo el alta al 6 día.

Después de 18 meses de seguimiento, el paciente se encuentra asintomático y sin signos de recurrencia.

Conclusiones:

El abordaje transgástrico para el tratamiento del GIST es seguro y reproducible cuando los tumores están localizados en la curvatura menor y en la unión esófagogástrica.

