



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## V-034 - ENUCLEACIÓN Y GASTRORRAFIA LAPAROSCÓPICA EN GIST GÁSTRICO DE GRAN TAMAÑO

*Tur-Martínez, Jaume; Rodríguez-Santiago, Joaquín; Pérez-Romero, Noelia; Puértolas-Rico, Noelia; Galofré-Recasens, María; Delgado-Rivilla, Salvadora*

*Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa.*

### Resumen

**Introducción:** La cirugía mínimamente invasiva se ha convertido en el abordaje de elección en cirugía gástrica, pero sigue existiendo controversia en caso de tumores de gran tamaño y tumores localmente avanzados. Así mismo, se pueden realizar diferentes técnicas resectivas, según la localización y el tamaño del tumor: resecciones anatómicas vs resecciones limitadas o atípicas. Se presenta un caso clínico en formato vídeo, mostrando el abordaje mínimamente invasivo sobre un tumor gástrico tipo GIST de gran tamaño y realizando una enucleación y gastrorrafia laparoscópica.

**Caso clínico:** Varón de 72 años, sin antecedentes patológicos remarcables, que se diagnostica de GIST gástrico de gran tamaño durante estudio de anemia. Se realiza estudio mediante endoscopia digestiva alta, que confirma lesión subepitelial en cuerpo gástrico, con una ulceración central y sin sangrado activo, compatible con GIST. TC toracoabdominal: masa de 8 cm de diámetro máximo, en curvatura mayor gástrica, de bordes bien definidos, compatible con GIST. Estudio de extensión negativo. Se realiza optimización preoperatoria mediante transfusión de hemoderivados, debido a Hb preoperatoria de 5,7 g/dl. Técnica quirúrgica: Se realiza abordaje laparoscópico, confirmando gran tumoración en cuerpo gástrico que depende de curvatura mayor y se descarta carcinomatosis. Se realiza acceso a transcavidad gástrica. Gastrotomía y enucleación de la tumoración gástrica que afecta a la curvatura mayor gástrica y abarca parte de la pared posterior. Se realiza cierre primario mediante gastrorrafia longitudinal con sutura barbada 3/0 de absorción lenta. Se coloca drenaje aspirativo de baja presión. Curso postoperatorio correcto. Se realiza tránsito esófago-gastro-duodenal al 3<sup>er</sup> día postoperatorio, que descarta fugas y confirma buen paso de contraste a duodeno. El paciente es dado de alta a domicilio al 4<sup>o</sup> día postoperatorio, con buena tolerancia a ingesta oral. Destaca infección de herida de laparotomía de asistencia para extracción de pieza, que requiere desbridamiento y antibioterapia. Anatomía patológica definitiva: tumor del estroma gastrointestinal, tipo células fusiformes (90 mm). Número mitosis: 4/5 mm<sup>2</sup>. Grado histológico: bajo grado (G1). Márgenes libres. C-Kit y DOG-1 positivos. Ki-67 2-4%. pT3Nx. Actualmente libre de enfermedad.

**Discusión:** La cirugía mínimamente invasiva y la resección gástrica limitada, es un abordaje seguro y factible en tumoraciones gástricas de gran tamaño.