



V-164 - ABORDAJE ROBÓTICO PARA DIVERTICULECTOMÍA ESOFÁGICA Y RESECCIÓN DE GIST GÁSTRICO

Estébanez Peláez, Guillermo; Nieto Romero de Ávila, Gema María; Bueno Cañones, Alejandro David; Lizarralde Capelastegui, Andrea Carlota; Maestro de Castro, José Luis; López Herreros, Javier; Marcos Santos, Pablo; Toledano Trincado, Miguel

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Introducción y objetivos: Los divertículos esofágicos son evaginaciones de la mucosa a través de la capa muscular del esófago que pueden causar síntomas como disfagia y regurgitaciones. Los divertículos localizados en tercio inferior suelen ir asociados a trastornos motores esofágicos y, en algunos casos, el tratamiento puede requerir cirugía. Por otra parte, los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoformaciones a partir de las células nerviosas del tubo digestivo, más frecuentemente localizados en el estómago. La sintomatología que producen suele ser dolor o sangrado, aunque muchos son asintomáticos hasta su diagnóstico incidental. En este vídeo se muestra un caso de divertículo esofágico inferior asociado a un tumor GIST en fundus gástrico, intervenido por vía mínimamente invasiva asistido por la plataforma robótica.

Caso clínico: Se trata de un varón de 59 años intervenido recientemente de un carcinoma epidermoide de laringe. Tras varios meses asintomático, comenzó a presentar clínica de atragantamientos y disfagia. Como estudio de dichos síntomas, se realizó una TC toracoabdominal, donde se evidenciaron un divertículo esofágico en tercio inferior y una tumoración gástrica sugerente de GIST. Para ampliar el estudio, se realizaron una ecoendoscopia, donde se observó una lesión subepitelial gástrica cuya histología reveló un GIST; y una gastroscopia, confirmando el hallazgo de divertículo esofágico. Se descartaron trastornos motores esofágicos mediante manometría. Se programó una intervención quirúrgica. El tiempo de la intervención fue de 211 minutos. Se realizó un abordaje robótico con 4 trócares robóticos (12 mm y 3 de 8 mm), un trócar de 5 mm (separador hepático) y un trócar asistente de 10 mm. Se disecaron ambos pilares diafragmáticos. Se liberó ampliamente la unión esofagogástrica. Se realizó una disección mediastínica esofágica, hasta las venas pulmonares, identificando un gran divertículo esofágico posterolateral izquierdo, anterior a la arteria aorta. Se disecó el cuello diverticular, con ayuda de una sonda orogástrica de 42 F, y se procedió a su resección mediante la endograpadora robótica. Posteriormente, se realizó una miotomía de Heller desde el cardias hasta el origen de la sección diverticular. Tras ello, se realizó una enterotomía en fundus gástrico, para identificación y resección del GIST, también con la endograpadora robótica. Se cerró la enterotomía con un doble grapado y refuerzo de esta con una sutura barbada. Finalmente, se asoció una funduplicatura anterior. El posoperatorio cursó sin complicaciones, con alta domiciliaria al quinto día posoperatorio.

Discusión: El caso presentado se trata de una entidad muy llamativa, a la vez que poco frecuente. El abordaje robótico es seguro y reproducible, demostrando además ventajas como menor dolor posoperatorio y menor estancia hospitalaria. Además, permite una mayor precisión en estas regiones anatómicas, donde un gesto técnico equivocado podría producir graves consecuencias sobre el paciente.