



V-045 - CIRUGÍA INTRAGÁSTRICA EN LEIOMIOMA

del Castillo Criado, Álvaro; Magadán Álvarez, Cristina; Cañón Lara, Marta; Toledo Martínez, Enrique; Real Noval, Héctor; García Cardo, Juan; Trugeda Carrera, María Soledad; Fernández Díaz, María José

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Introducción: La cirugía intraluminal asistida por laparoscopia fue descrita por primera vez por Ohashi en 1994 como resultado del desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva, para tratar de suplir las dificultades técnicas de la endoscopia y la laparoscopia tradicional en el abordaje de lesiones mucosas y submucosas seleccionadas. Su uso permite minimizar las complicaciones asociadas a estos abordajes manteniendo adecuados márgenes de resección. Describimos nuestra técnica en el manejo del leiomioma de la unión esofagogástrica.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 62 años, diabético, dislipémico e hipertenso, que ingresa para estudio de déficit de vitamina B12. Durante dicho ingreso, es sometido a una gastroscopia en la que se objetiva una lesión subcardial de aspecto submucoso que se biopsia sin resultados concluyentes. En consecuencia, se realiza una ecoendoscopia (USE) en la que se confirma la presencia de dicha lesión, estimándose un tamaño de unos 4 cm dependiente de la muscular propia de la mucosa. Se realiza PAAF guiada por USE, alcanzándose el diagnóstico de leiomioma tras un análisis inmunohistoquímico positivo para actina de músculo liso y ki67. Se completa estudio mediante TAC que descarta invasión local y enfermedad a distancia. Tras explicar los pros y contras de las distintas opciones terapéuticas, se decide de acuerdo con el paciente realizar tratamiento quirúrgico mediante abordaje intragástrico. Se realiza neumoperitoneo y colocación de trócares: 10 mm en vacío derecho, umbilical, vacío izquierdo y fosa ilíaca izquierda. 5 mm en hipocondrio izquierdo. Liberación de curvatura menor hasta cardias donde se aprecia tumor no exteriorizado de unos 4 centímetros. Se realizan 3 bolsas de tabaco con sus correspondientes gastrostomías para colocación de trócares intragástricos: cámara en vacío izquierdo, trócares de trabajo umbilical y fosa ilíaca izquierda. Se identifica tumoración submucosa que alcanza borde de cardias. Se realiza disección con armónico respetando el plano muscular. Cierre de mucosa y revisión de hemostasia. Extracción de pieza mediante bolsa fijada a sonda nasogástrica por vía transoral. Cierre de gastrostomías y puertos laparoscópicos. El paciente no presentó complicaciones postquirúrgicas reseñables. La anatomía patológica confirma el diagnóstico y descarta presencia de malignidad. En posteriores revisiones endoscópicas no se objetiva recidiva tumoral ni estenosis residual.

Discusión: La cirugía intragástrica permite el abordaje de lesiones no resecables endoscópicamente a través de una técnica mínimamente invasiva, evitando la resección gástrica amplia de espesor completo y con ello reduciendo la tasa de complicaciones asociadas a esta cirugía. En la actualidad, sus indicaciones se limitan a las lesiones mucosas o submucosas fundamentalmente en la unión

gastroesofágica, no resecables endoscópicamente y que no presentan evidencia de malignidad. Es conveniente la realización de estudios que permitan evaluar su seguridad a largo plazo y permitan ampliar el espectro de indicaciones.