



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-199 - RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE GIST DUODENAL

Vitiello, Giulia; González Abós, Sandra; Ye Zhou, Jing Huang; Fernández-Ananin, Sonia; Balague Ponz, Carmen

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GISTs) pueden localizarse en todo el tracto gastrointestinal. Las localizaciones más frecuentes son el estómago (56%), el intestino delgado (32%), el colon (6%) y el esófago (< 1%). La cirugía es el único tratamiento potencialmente curativo ante la sospecha de GIST resecable. El objetivo es conseguir los márgenes indemnes extirpando el tumor sin rotura de la pseudocápsula. La cirugía mínimamente invasiva ha demostrado reducir la estancia hospitalaria, las pérdidas hemáticas y la morbilidad con las mismas tasas de resección R0 y rotura capsular, sobre todo en las localizaciones más comunes como el estómago. La principal limitación de la resección por laparoscopia es la dificultad técnica derivada de la localización y del tamaño del tumor.

Caso clínico: Presentamos un caso de GIST localizado en la cara anterior de la primera porción duodenal. Se trata de una mujer de 80 años que presenta anemia grave (Hb 58). La gastroscopia muestra una lesión submucosa de 3 cm de diámetro, localizada en la pared posterior del bulbo duodenal. La eco-endoscopia revela una lesión hipocogénica, heterogénea e hipervascular. La biopsia informa de la presencia de infiltrados inflamatorios, sin evidencia de neoplasia. El TC muestra una lesión endoluminal, sólida, hipervascular, localizada en primera/segunda porción duodenal, sugestiva de GIST. Se decide realizar una laparoscopia exploradora para valorar la posibilidad de resección por abordaje mínimamente invasivo. Se colocan 4 trócares, 1 de 12 mm y 3 de 5 mm. Se observa que la lesión se encuentra en la pared anterior de la primera porción duodenal, por lo cual se considera realizable la resección local por laparoscopia con márgenes macroscópicamente correctos. Se empieza la disección para movilizar la porción duodenal afecta. Se marcan los límites de la resección y se procede a la exéresis con márgenes adecuados. El defecto restante se cierra con una sutura continua. Se administra azul de metileno a través de la sonda nasogástrica para descartar la presencia de fugas. Se realiza una plastia con epiplón y se deja un drenaje. La pieza quirúrgica se extrae por la incisión umbilical. La intervención se finaliza en 60 minutos sin incidencias. La paciente es dada de alta al 4 día posoperatorio sin complicaciones. El análisis anatomopatológico informa de GIST de bajo riesgo (3,5 cm de diámetro, 4 mitosis por 50 CGA) y confirma la integridad de la capsula y la negatividad de los márgenes.

Discusión: El tratamiento quirúrgico de los GIST no requiere márgenes amplios de resección para el control de la enfermedad. Por lo tanto, un abordaje mínimamente invasivo constituye la mejor opción también en localizaciones menos frecuentes, ya que reduce la estancia hospitalaria y la morbilidad.