



V-115 - ENDOSCOPIA PREOPERATORIA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA: HERRAMIENTA ÚTIL DIAGNÓSTICA PARA TUMORACIONES GÁSTRICAS Y LA PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA

Lavín Montoro, Lucía; García Picazo, Alberto; Vázquez Beltrán, Pablo; Martínez Caballero, Javier; Gómez Rodríguez, Pilar; Alegre Torrado, Cristina; Rodríguez Cuellar, Elías; Ferrero Herrero, Eduardo.

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: Los leiomiomas gástricos son tumoraciones generalmente benignas, submucosas que se originan en la capa muscular. Son poco comunes y su resección está indicada en caso de ocasionar sintomatología o presentar datos de malignidad que nos obligue a filiar estrictamente su estirpe tumoral. Nuestro objetivo es destacar la importancia del diagnóstico precoz endoscópico de lesiones incidentales, que hagan replantearnos el abordaje inicial quirúrgico e incluso precisar de la valoración previa de un comité multidisciplinar en cirugía bariátrica.

Caso clínico: Paciente de 48 años, con antecedentes personales de síndrome de apnea-hipoapnea del sueño y obesidad mórbida (IMC = 45,5). Derivada para valoración de cirugía bariátrica. Se solicita gastroscopia y pHmetría como estudio preoperatorio rutinario. En la gastroscopia se objetiva una lesión subepitelial de 25mm en región subcardial-fundus con anatomía patológica inespecífica por lo que se realiza PAAF por ecoendoscopia siendo congruente con leiomioma gástrico. La pHmetría demostraba reflujo gastroesofágico patológico. Se solicita TAC abdominopélvico existiendo discordancia en su localización y tamaño, impresionando de subcardial hacia curvatura menor de 4,7 × 3 × 2,2 cm. Se presenta en comité multidisciplinar y se decide la confirmación de la localización intraoperatoria mediante gastroscopia con probable realización de enucleación y *bypass* gástrico laparoscópico. En caso de localizarse en curvatura mayor se valoraría la resección parcial del remanente gástrico incluyendo la lesión. Intraoperatoriamente se objetiva una lesión originada en la capa muscular de 5-6 cm de eje mayor, subcardial en curvatura menor gástrica, por lo que se descartan abordajes sobre el remanente gástrico. Se incide sobre la capa serosa y muscular respetando la capa mucosa resecándose la tumoración. Se comprueba la integridad de la mucosa mediante visión directa y test de estanqueidad neumática mediante insuflación con la gastroscopia. Posteriormente se sutura la capa muscular y serosa. Por debajo de la resección previa, se confecciona el reservorio gástrico a expensas de la curvatura menor, tutorizado por una sonda orogástrica de 36 French. Se secciona el yeyuno a 40 cm del ángulo de Treitz y se realiza la anastomosis yeyuno-yeyunal latero-lateral a 150 cm de la sección anterior. Por último, se realiza la anastomosis gastroyeyunal termino lateral. El posoperatorio transcurrió sin incidencias pudiendo ser dada de alta al segundo día posoperatorio.

Discusión: El diagnóstico precoz y endoscópico de las tumoraciones benignas gástricas

preoperatorias a la cirugía bariátrica nos permiten adaptar de una forma más precisa el abordaje quirúrgico, siempre con el apoyo de un equipo multidisciplinar en casos controvertidos. Sin embargo, su infradiagnóstico podría suponer un aumento de la morbilidad en el remanente gástrico tras la realización de *Bypass* gástrico en Y-Roux.