



VC-023 - CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN TUMORES GIST GÁSTRICOS GIGANTES: PUNTOS CLAVES PARA UNA TÉCNICA RESECTIVA OPTIMIZADA

Arteaga Ledesma, María; Triguero Cabrera, Jennifer; Mogollón González, Mónica; Plata Illescas, Cristina; Álvarez Martín, María Jesus; Villar del Moral, Jesús

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: El papel de la cirugía mínimamente invasiva (CMI) en los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) gástricos gigantes aún se encuentra en discusión. En este vídeo queremos mostrar el caso de tres pacientes con GIST gástricos gigantes intervenidos mediante cirugía laparoscópica en nuestro centro, así como los puntos claves para realizar una técnica resectiva adecuada.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 64 años con antecedentes personales (AP) de hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM). Consultó por clínica miccional, con realización de ecografía abdominal que evidenció masa en curvatura mayor gástrica. Se completó el estudio con ecoendoscopia donde se observó gran tumoración dependiente de cara posterior y curvatura mayor gástrica. La tomografía axial computarizada (TAC) mostró masa pediculada dependiente de la curvatura mayor gástrica de 10 × 8 × 12 cm. Dado la localización y región pediculada que presentaba el tumor, se decidió realizar una resección gástrica atípica laparoscópica. Caso 2: varón de 58 años con AP de HTA y DM, en estudio por melenas. Se realizó ecoendoscopia visualizándose gran masa ulcerada dependiente de la cara posterior y curvatura menor gástrica sin sangrado activo. El TAC mostró tumoración gástrica intraluminal de 7 × 6 × 5 cm que surge de la cara posterior gástrica. Con los hallazgos descritos, y dada su localización, se propuso resección transgástrica laparoscópica. caso 3: varón de 78 años con AP de fibrilación auricular anticoagulada con Sintrom. Acudió a urgencias por astenia y dolor abdominal brusco. Analíticamente: anemia progresiva. Se realizó TAC urgente con hallazgos de gran masa dependiente de la pared posterior gástrica (11 × 7 × 6 cm) con signos de posible sangrado interno y líquido libre intraperitoneal. Dada la alta sospecha de sangrado activo, localización y tamaño de la tumoración, se decidió resección gástrica atípica laparoscópica urgente. Resultados: Caso 1: el abordaje laparoscópico se realizó mediante 4 trócares. Inicialmente se realizó disección de las adherencias al epiplón y transcavidad de los epiplones. Se identificó gran tumoración con pequeño pedículo dependiente de la curvatura mayor gástrica y se realizó la sección gástrica mediante endograpadora. Caso 2: el acceso laparoscópico se realizó mediante 5 trócares. Se identificó tumoración a nivel de cara posterior y curvatura menor gástrica con protrusión intragástrica. Se realizó gastrotomía anterior y sección de la tumoración en su región pediculada mediante endograpadora. Posteriormente, cierre completo del defecto parietal con sutura monofilamento reabsorbible. Caso 3: el abordaje laparoscópico se realizó mediante 5 trócares. Se evidenció gran tumoración dependiente de la curvatura mayor

gástrica, alojada en la transcavidad de los epiplones y adherida al páncreas, vasos esplénicos y polo superior esplénico. Se realizó sección gástrica atípica mediante endograpadora hasta conseguir una escisión completa de la tumoración sin ruptura de la misma.

Discusión: El abordaje laparoscópico de los GIST gástricos gigantes en manos expertas ofrece una adecuada seguridad oncológica junto a una recuperación más rápida. La planificación preoperatoria y el conocimiento de las distintas estrategias terapéuticas es esencial para el correcto manejo de estos pacientes. Los aspectos técnicos claves para una resección óptima son: una adecuada localización y exposición de la tumoración, una resección lo más conservadora posible y la preservación de la continuidad gástrica.