

Artículos multimedia

Resección laparoscópica endoluminal por puerto único transgástrico de tumoración tipo GIST

Laparoscopic endoluminal resection by transgastric single port of gist tumor

R.E. Licardie-Bolaños¹, J.M. Suárez-Grau², A. Bellido-Luque¹, A.J. Tejada-Gómez¹, S. Morales-Conde³

¹Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón. Sevilla.

²Hospital General Básico de Riotinto. Minas de Riotinto. Huelva.

³Unidad de Innovación en Cirugía Mínimamente Invasiva. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

RESUMEN

Los tumores gástricos submucosos son infrecuentes, siendo los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) los que se encuentran más habitualmente. Los tumores del estroma gastrointestinal representan el dos por ciento de los tumores digestivos.

La resección quirúrgica atípica sin realizar linfadenectomía es la primera opción de tratamiento quirúrgico. Las técnicas mínimamente invasivas, tales como combinar el abordaje transgástrico y endoscópico son útiles en tumores localizados cerca de la unión gastroesofágica, evitando riesgo de estenosis.

Se pretende describir el abordaje quirúrgico de tumores GIST y nuestra experiencia mediante resección transgástrica con puerto único. Asimismo valorar resección oncológica adecuada en los casos

(R0) realizados con abordaje transgástrico. Presentamos el caso de un paciente con un tumor del estroma gastrointestinal submucoso localizado en cuerpo antro gástrico a quién se realiza resección transgástrica mediante puerto único laparoscópico.

El abordaje laparoscópico transgástrico de estos tumores, con o sin asistencia endoscópica, mantiene los mismos resultados oncológicos que los obtenidos tras cirugía convencional. Los abordajes mínimamente invasivos son una buena alternativa de abordaje a las técnicas tradicionales.

Palabras clave: transgástrico, GIST, cirugía de puerto único, cirugía mínimamente invasiva.

ABSTRACT

Gastric submucosal tumors are rare, with gastrointestinal stromal tumors (GIST) being the most frequent. Gastrointestinal stromal tumors are about two percent of digestive tumors.

CORRESPONDENCIA

Raúl Eugenio Licardie Bolaños
Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón
41013 Sevilla
eugeniolicardie@hotmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Licardie Bolaños RE, Suárez Grau JM, Bellido Luque, Tejada Gómez AJ, Morales Conde S. Resección laparoscópica endoluminal por puerto único transgástrico de tumoración tipo GIST. Cir Andal. 2019;30(1):155-57.

Surgical resection "in wedge" without performing lymphadenectomy is the first option of surgical treatment. Minimally invasive techniques, such as combining the transgastric and endoscopic approach, are useful in tumors located near the gastroesophageal junction, avoiding risk of stenosis.

The aim is to describe the surgical approach of GIST tumors and our experience with transgastric resection with a single port. Likewise, to evaluate adequate oncological resection in two cases (R0) performed with a transgastric approach. We present the case of a patient with a submucosal gastrointestinal stromal tumor located in a high gastric body who underwent transgastric resection using a laparoscopic single port approach.

The transgastric laparoscopic approach of these tumors, with or without endoscopic assistance, maintains the same oncological results to those obtained after conventional surgery. Minimally invasive approaches are a good alternative to traditional techniques.

Keywords: transgastric, GIST, single port surgery, minimally invasive surgery.

INTRODUCCIÓN

A pesar del desarrollo de un agente quimioterapéutico, el mesilato de imatinib, la cirugía sigue siendo el único tratamiento curativo para el GIST no metastásico gástrico. Se debe realizar una resección con márgenes negativos.

La resección quirúrgica con márgenes negativos sin linfadenectomía ha sido el tratamiento de elección de GIST gástrico hasta ahora. Histológicamente, se pensaba que un margen de 1 a 2 cm era necesario para una resección adecuada. Sin embargo, recientemente varios estudios han demostrado que el tamaño del tumor y los márgenes quirúrgicos microscópicos negativos no determinaron la supervivencia. Por lo tanto, se acepta que el objetivo quirúrgico debe ser la resección completa con márgenes negativos únicamente.

La principal indicación de la cirugía transgástrica son las lesiones mucosas y submucosas, benignas o premalignas, que no pueden ser extirpadas endoscópicamente. La cirugía laparoscópica exogástrica es útil para los tumores localizados en cara anterior gástrica, antro y curvatura menor. En ella la resección del tumor, así como el cierre del estómago, se realiza en el mismo acto quirúrgico, utilizando endograpadoras, siendo el riesgo de contaminación mínimo al no tener que realizar una gastrotomía.

Sin embargo, este tipo de abordaje laparoscópico no es útil en el caso de lesiones localizadas en el píloro, cara posterior gástrica y en otras lesiones próximas a la unión gastroesofágica donde se relacionan con mayor tasa de morbilidad. En este tipo de localización, la cirugía laparoscópica transgástrica facilita tanto la localización como la resección de las mismas. La cirugía laparoscópica transgástrica consiste en la fijación de un sistema de puerto único que a la pared anterior gástrica, permitiendo la introducción directa de los instrumentos laparoscópicos, facilitando la visión y el acceso a la lesión, lo que disminuye la agresión gástrica y facilita el cierre de la misma.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente varón de 72 años de edad, con antecedentes de HTA a tratamiento farmacológico. En el contexto de un seguimiento por pirosis y ERGE se le realiza una endoscopia oral se evidencia una tumoración gástrica submucosa en cuerpo alto hacia curvatura menor de unos 30 mm de diámetro. Se toman biopsias de la misma, siendo los resultados no concluyentes. Se diagnostica una hernia de hiato por deslizamiento mínima. Sin otras alteraciones en el resto de la exploración (**Figura 1**).



Figura 1

En la ecoendoscopia se evidencia un tumor estromal gástrico de 3 cm en curvatura menor de cuerpo gástrico. Entre los estudios complementarios en el TAC Abdominal se observa una imagen que impresiona corresponder a un defecto de repleción adyacente a la pared de la curvatura menor del estómago. En la analítica no se observó ninguna alteración, con los marcadores tumorales con valores normales.

Se realizó la intervención quirúrgica programada con la sospecha diagnóstica de GIST gástrico y por la localización del mismo, se decide resección laparoscópica transgástrica por puerto único.

Se practica incisión longitudinal de aproximadamente 4 cm pararectal izquierda, mediante la cual se realiza laparoscopia diagnóstica, identificando la cara anterior del estómago. Se realiza exteriorización de la misma y gastrotomía por donde se coloca el retractor / protector Alexis® y se coloca el puerto único (Gelpoint - Applied®) fijando la pared gástrica a la pared abdominal. Identificación de la lesión y exéresis completa hasta la capa muscular con pinza de Ligasure® de 5 mm. Extracción de la pieza por bolsa protectora. Realizamos cierre del lecho con sutura V-Lock® 3.0. Limpieza de cavidad gástrica y comprobamos la no existencia de más lesiones. Cierre de la gastrotomía con doble sutura absorbible. Se coloca drenaje adyacente a la gastrotomía y se cierra la pared abdominal de forma rutinaria.

El paciente inició tolerancia progresiva a las 24 horas, siendo dado de alta a las 48 horas de la intervención sin incidencias.

La anatomía patológica quirúrgica de la pieza (resección parcial gástrica) fue informada como tumor del estroma gastrointestinal (GIST). Clasificación pronóstica de Miettinen *et al.* (<5 cm, <5 mitosis/50 cga). Posteriormente el paciente fue valorado por Oncología, siendo dado de alta por dicho servicio sin tratamientos adicionales a la cirugía.

En el seguimiento a los seis meses el paciente permanece asintomático desde el punto de vista de la intervención quirúrgica, aunque persiste con tratamiento para ERGE con seguimiento por Digestivo.



DISCUSIÓN

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) representan un grupo histopatológico poco frecuente, pero diferente de neoplasias intestinales de origen mesenquimal. A pesar del desarrollo de un agente quimioterapéutico, el mesilato de imatinib, la cirugía sigue siendo el único tratamiento curativo para GIST no metastásico gástrico. Se debe realizar una resección con márgenes negativos.

La resección transgástrica laparoscópica, con o sin asistencia endoscópica, es un procedimiento posible y seguro, con resultados clínico-patológicos satisfactorios, sobre todo si el tumor submucoso está localizado cerca de la unión gastroesofágica o en la curvatura menor. Una de las ventajas de realizar este abordaje es que el tamaño del dispositivo de puerto único permite la extracción de piezas de gran tamaño sin ampliar la incisión. El cierre del defecto en la mucosa tras la extirpación es aconsejable, sobre todo en casos de lesiones extensas, ya que facilita la precoz cicatrización y la disminución del uso de inhibidores de la bomba de protones. Los tumores de la pared anterior gástrica y los de la pared posterior de carácter exofítico pueden dirigirse a un abordaje laparoscópico para resección atípica segmentaria.

La resección segmentaria atípica laparoscópica es un procedimiento útil para el tratamiento de pacientes con tumor submucoso incluyendo tumor del estroma gastrointestinal (GIST) gástrico. Sin embargo, la resección de tumores submucosos de localización intragástrica puede ser problemática debido a la dificultad de juzgar con precisión la localización del crecimiento del tumor endoluminal, ya que a menudo se eliminan cantidades excesivas de mucosa sana; por lo tanto, la escisión local de espesor total mediante cirugía combinada laparoscópica y endoscópica es un procedimiento prometedor para estos casos, así como un abordaje laparoscópico transgástrico que permite una mejor visualización de la lesión.

La tasa de recidiva después de la cirugía en las series reportadas oscila entre el 17% y el 22%. En pacientes con recurrencia de GIST gástrico, algunos informes demostraron que una combinación de cirugía y quimioterapia dirigida, puede reducir el desarrollo de recurrencia o disminuir el riesgo de progresión de la enfermedad.

Los resultados clínicos de los GIST gástricos con potencial maligno muy bajo o bajo han demostrado ser muy buenos, la cirugía laparoscópica puede ser un tratamiento oncológico eficaz para el GIST gástrico. Las técnicas mínimamente invasivas son hoy en día una buena alternativa de abordaje de estos tumores frente a las técnicas tradicionales.

Las guías de práctica clínica japonesa para el tratamiento de GIST gástrico sugieren que la resección laparoscópica de tumores menores de 5 cm son seguras cuando las realiza por un cirujano experimentado, completamente familiarizado con las características neoplásicas de GIST gástrico. Se ha discutido en relación a la indicación del abordaje según el tamaño de la lesión, sin embargo creemos que la cirugía laparoscópica transgástrica sería una buena alternativa a la cirugía abierta, incluso para el tratamiento de GIST gástrico mayor de 5 cm de tamaño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Laparoendoscopic Transgastric Enucleation of an awkwardly sited Pericardial Gastrointestinal Stromal Tumour (GIST): A Multi-Modal Approach. Kosai NR, Rajan R, Roslani EJ, Sutton PA, Mustafa M, Das S. *Clin Ter.* 2015 Nov-Dec;166(6):248-52
2. Perioperative and oncological outcome of laparoscopic resection of gastrointestinal stromal tumour (GIST) of the stomach. Ronellenfitsch U, Staiger W, Kahler G, Strobel P, Schwarzbach M, Hohenberger P. *Diagn Ther Endosc.* 2015, 2015: 286138
3. Laparo-endoscopic transgastric resection of gastric submucosal tumors. Barajas-Gamboa JS, Acosta G, Savides TJ, Sicklick JK, Fehmi SM, Coker AM, Green S, Broderick R, Nino DF, Harnsberger CR, Berducci MA, Sandler BJ, Talamini MA, Jacobsen GR, Horgan S. *Surg Endosc.* 2015 Aug; 29(8):2149-57.
4. Long term survival results for gastric GIST: is laparoscopic surgery for large gastric GIST feasible? Ki-Han Kim, Min-Chan Kim, Ghap-Joong Jung, Su-Jin Kim, Jin-Seok Jang and Hyuk-Chan Kwon. *World Journal of Surgical Oncology* 2012;10:230 <https://doi.org/10.1186/1477-7819-10-230> Kim et al.
5. Laparoscopic approaches to resection of suspected gastric gastrointestinal stromal tumors based on tumor location. Privette A, McCahill L, Borrazzo E, Single RM, Zubarik R. *Surg Endosc.* 2008 Feb;22(2):487-94.