

## Abordaje Laparo-endoscópico de lesiones submucosas gástricas durante by pass (Ver Video)

Moreno-Bargueiras A; De la Fuente-Bartolomé M; Vieiro-Medina MV; Rodríguez-Cuellar E; Gómez-Rodríguez P; De la Cruz Vigo F.

Cirugía general y del Aparato Digestivo A. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

✉ [am.bargueiras@gmail.com](mailto:am.bargueiras@gmail.com)

**Resumen:** Los Tumores submucosos gástricos son hallazgos comunes durante la realización de una endoscopia digestiva alta. Estas lesiones tienen un espectro muy amplio, desde lesiones benignas hasta malignas. El diagnóstico se realiza mediante el examen histológico de la lesión. Las biopsias obtenidas mediante técnicas endoscópicas a menudo no proporcionan una muestra histológica representativa de la lesión.

Entre las pruebas complementarias preoperatorias para la cirugía de la obesidad se debe realizar una gastroscopia. La existencia de una lesión submucosa gástrica antes de realizar una bypass gástrico implica la necesidad de reseccionar el tumor.

Cuando seleccionamos correctamente a los pacientes, los abordajes combinados laparo-endoscópicos son fáciles de realizar y ofrecen un enfoque curativo para casi todas las lesiones submucosas gástricas. Esta técnica se asocia con una baja morbilidad y una corta estancia hospitalaria.

**Palabras clave:** By-pass gástrico; Tumores gástricos submucosos; Cirugía mínimamente invasiva; Laparoscopia; Endoscopia

**Abstract:** Gastric submucosal tumors are common findings during upper gastrointestinal endoscopy. These lesions have a very wide spectrum from benign to malignant. The diagnosis is made by histological examination of the lesion. Biopsies obtained using endoscopic techniques often do not provide representative histologic sample.

Among the preoperative complementary tests for obesity surgery should be performed gastroscopy. A gastric submucosal lesion before a bypass implies the need for resection.

When select properly, combined laparoscopic-endoscopic procedures are easy to perform and offer a curative approach for almost all gastric submucosal lesions. The technique is associated with low morbidity and short hospitalization.

### Introducción

Cuando hablamos de lesiones submucosas (también denominadas lesiones subepiteliales), nos referimos a protrusiones o abultamientos que encontramos en la superficie interna de la pared del tubo digestivo. Generalmente son hallazgos incidentales que se dan con cierta frecuencia en la exploración endoscópica. La incidencia de estas lesiones es difícil de estimar, pero probablemente este por encima del 0.4% [1] La mayoría están formadas por tejido muscular, nervioso o neuroendocrino. Estas lesiones tienen un espectro muy amplio, desde lesiones benignas hasta malignas, siendo los tumores tipo GIST el tipo más frecuente [2]. El diagnóstico definitivo se consigue con el estudio histológico de la lesión. Para ello idealmente debería obtenerse material durante la endoscopia con una pinza de biopsia. Sin embargo, la localización profunda de estas lesiones supone dificultades para la punción, obteniendo en muchas ocasiones muestras que no son representativas de la lesión. Esta baja rentabilidad implica en muchas ocasiones tener que afrontar la intervención quirúrgica sin un diagnóstico anatomopatológico. La punción guiada por Eco-endoscopia podría ayudarnos a obtener el diagnóstico definitivo, sin embargo no se recomienda su utilización

de forma universal por el riesgo de diseminación en caso de tumores malignos.

Dentro de las pruebas complementarias preoperatorias para la cirugía de la obesidad esta incluida la realización de una gastroscopia. Esta se realiza para descartar la existencia de patología, principalmente en los casos en que se vaya a realizar un bypass gástrico, ya que el estómago, el duodeno y las primeras asas yeyunales quedarán excluidas para toda la vida, dificultando el seguimiento posterior [3]. Por tanto, en caso del diagnóstico de lesiones gástricas submucosas, se debe plantear una resección de dicha lesión.

El tratamiento aceptado para lesiones submucosas gástricas que no pueden reseccionarse mediante endoscopia aislada es la resección quirúrgica con márgenes libres. El abordaje clásico de este tipo de lesiones se ha realizado mediante cirugía abierta, aunque es cierto que la mayor parte de los tumores submucosos gástricos son reseccionables por laparoscopia. Sin embargo este abordaje se asocia a dos problemas potenciales. El primero de ellos es que mediante laparoscopia es muy difícil conseguir determinar la localización exacta del tumor, ya que además de ser lesiones submucosas, suelen tener un pequeño



tamaño, difícilmente identificable mediante este abordaje [4]. El otro hace referencia a que en aquellas lesiones cercanas al píloro o al cardias, las resecciones por laparoscopia se asocian a una alta tasa de estenosis postquirúrgicas [5]. Por ambas razones el abordaje combinado entre laparoscopia y endoscopia otorga una serie de ventajas respecto al abordaje laparoscópico aislado, facilitando por tanto el llevar a cabo una cirugía mínimamente invasiva, con buenos resultados y una muy baja morbimortalidad [6]

### Caso clínico:

Presentamos el caso de un varón de 44 años de edad, sin antecedentes personales de interés, diagnosticado de obesidad mórbida (Peso 133 KG, talla 166cm, IMC: de 48.4 kg/m<sup>2</sup>) Tras fracaso del tratamiento nutricional en varias ocasiones, acude a nuestra consulta como candidato a cirugía bariátrica. Dentro de las pruebas preoperatorias destaca una gastroscopia donde se aprecia gastritis superficial, sin observarse elementos bacilares de H.Pylori, y una lesión submucosa en antro sugerente de leiomioma, de la cual no se toman biopsias. Los leiomiomas son tumores raros que pueden aparecer a lo largo de todo el tracto digestivo. Generalmente son asintomáticos, aunque pueden llegar a producir síntomas como dolor abdominal, obstrucción o sangrado gastrointestinal [7] Ante los hallazgos descritos se decide realizar By-pass gástrico laparoscópico asociado a endoscopia intraoperatoria para valorar la lesión descrita previamente. Tras la creación del neumoperitoneo y la colocación del los trocares se procede a realizar la endoscopia. En ella informan que en la cara anterior al antro, próximo a la incisura, se visualiza una lesión submucosa de unos 25 mm. Se toma la decisión quirúrgica de reseccionar la lesión, debido a la imposibilidad de seguimiento posterior por quedar en la parte del estómago aislado. Seguidamente se indica mediante transiluminación con el endoscopio su localización, permitiéndonos marcarla mediante un punto de sutura. A continuación se procede a realizar una gastrotomía y resección submucosa de la lesión mediante dispositivo de ultrasonidos.

Enviamos la pieza de forma intraoperatoria informándose finalmente como lipoma gástrico por lo que se procede al cierre de la gastrostomía con punto de V-loc 3/0. Finalmente se procede a la realización de by-pass gástrico con banda. El postoperatorio transcurre sin incidencias.

### Conclusión:

El abordaje combinado laparo-endoscópico nos permite una localización precisa de las lesiones gástricas, facilitando por tanto el acto quirúrgico laparoscópico. En los casos en los que se desconoce el resultado histopatológico de forma preoperatoria, este tipo de abordaje nos permite la toma de decisiones terapéuticas. Añadido a esto, en los pacientes obesos puede existir una limitación especial a la hora de abordar y localizar por laparoscopia lesiones situadas en la cara posterior del estómago. Por tanto, la combinación de laparoscopia y endoscopia es una excelente solución a este problema técnico. Además el abordaje cooperativo disminuye el riesgo de lesionar estructuras anatómicas importantes como el cardias o el píloro, ya que permite mantener un margen de distancia entre la zona de resección y estas zonas al tener un control endoscópico directo. Por todos estos motivos, este tipo de abordajes presenta una tasa de morbilidad muy baja y una recuperación postoperatoria rápida [8].

Podemos concluir que, en pacientes seleccionados, el abordaje laparo-endoscópico es curativo y seguro para la resección de lesiones gástricas.

### Bibliografía

1. Hwang JH, Rulyak SD, Kimmey MB. American Gastroenterological Association Institute technical review of management of gastric subepithelial masses. *Gastroenterology* 2006 103:2217-2228
2. Shubert D, Kuhn R, Nestler G et al. Laparoscopic-endoscopic rendezvous resection of upper gastrointestinal tumors. *Dig. Dis.* 2005 23:106-112
3. Luján JA, et al. Selección del paciente candidato a cirugía bariátrica y preparación preoperatoria. *Cir Esp* 2004;75(5):232-5
4. Ludwig K, Wilhelm L, Scharlau U et al. Laparoscopic-endoscopic rendezvous resection of gastric tumors. *Sur. Endosc.* 2002 16:1561-1565
5. Xiaowu Xu, Ke Chen, Wei Zhou, Renchao Zhang, Jie Wang, Di Wu, Yiping Mou. Laparoscopic Transgastric Resection of Gastric Submucosal Tumors Located Near the Esophagogastric Junction. *J Gastrointest Surg* (2013) 17:1570 –1575



6. Wei-Ming Kang, Jian-Chun Yu, Zhi-Qiang Ma, Zi-Ran Zhao, Qing-Bin Meng, Xin Ye. Laparoscopic-endoscopic cooperative surgery for gastric submucosal tumors. *World Journal of gastroenterology* 2013 September 14;19(34):5720-5726
7. Shannon Acker, Megan Dishop, Gregory Kobak, Padade Vue, Stig Somme. Laparoscopic-assited endoscopic resection of a gastric leiomyoma. *Eur J Pediatr Sur Rep* 2014;2:3-6
8. D. Willhem, S.V. Delius, M. Burian, A. Schneider, E. Frimberger, A. Meining, H. Feussner. Simultaneous Use of laparoscopy and endoscopy for minimally invasive resection of gastric subepithelial masses-Analysis of 93 interventions. *World Journal of surgery* 2008, 32:1021-1028



**Imagen 1**

