

Resección Endogástrica Videoasistida de Lesión Polipoidea

Dres. Gustavo Rodríguez (*); Andrea Mauccione (**),
Cecilia Plazzotta (***), Oscar Balboa (****)

Resumen

La cirugía endogástrica o cirugía laparoscópica endoluminal es una rama de la cirugía mínimamente invasiva que combina la endoscopia flexible con la laparoscopia; emplazando los trocares directamente en la luz gástrica.

Luego de la insuflación y distensión gástrica permite el abordaje intragástrico y el tratamiento de las lesiones originadas en las distintas capas del estómago (pólipos, leiomiomas); así como el drenaje de pseudoquistes de páncreas y tratar algunas complicaciones de la enfermedad ulcerosa gastroduodenal (hemorragia).

Si bien la resección de los pólipos gástricos por vía endoscópica continúa siendo el tratamiento de elección, hay situaciones particulares donde por el tamaño y topografía de la lesión el abordaje endogástrico laparoscópico constituye una opción diag-

Clínica Quirúrgica «3» (Director Prof. Dr. Oscar Balboa) Facultad de Medicina. Hospital Maciel

nóstica y terapéutica a tener en cuenta. Se presenta el caso de un paciente portador de una lesión polipoideagástrica, en cara posterior del antro yuxtapilórico tratado con éxito mediante un abordaje combinado endoscópico-laparoscópico.

Palabras clave

Laparoscopia
Endoscopia
Pólipos adenomatosos
Procedimientos quirúrgicos
mínimamente invasivos

Abstract

Endogastric surgery or endoluminal laparoscopic surgery is a branch of the minimum invasive surgery which combines flexible endoscopy with laparoscopy, trocars being applied directly into the gastric lumen.

Insufflation and gastric distension enable intra-gastric approach and treatment of lesions originated in the various layers of stomach (polyps, lei-

(*) Profesor Adjunto de Cirugía
(**) Gastroenterólogo Ministerio de Salud Pública
(***) Residente de Cirugía
(****) Profesor Titular de Cirugía

Correspondencia: Dr. Gustavo Rodríguez
Clínica Quirúrgica «3». Hospital Maciel
25 de Mayo 125. Montevideo C.P. 11.000

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay en la sesión científica del 23 de mayo de 2001

myomas) as well as drainage of pancreatic pseudocysts and treatment of some complications of gastroduodenal ulcerous disease (hæmorrhage).

Even though resection of gastric polyps through endoscopic approach continues to be the elective treatment, there are specific cases wherein, due to the size and topography of lesion, endogastric laparoscopic approach is a diagnostic and therapeutic option to be taken into account.

The case presented in this paper is that of a patient carrying a gastric polypoid lesion in posterior face of juxta-pyloric antrum, successfully treated through a combined endoscopic-laparoscopic approach.

Key words:

Adenomatous Polyps

Laparoscopy

Endoscopy

Surgical Procedures Minimally Invasive

Introducción

La cirugía laparoscópica endoluminal es una rama de la cirugía mínimamente invasiva que combina la endoscopia flexible con la laparoscopia; emplazando trocares directamente en la luz gástrica. Constituye una nueva modalidad terapéutica^(2,3) que permite luego de la insuflación y distensión gástrica una excelente visualización de las lesiones y su resección quirúrgica completa.

La resección endoscópica de las lesiones polipoideas gástricas tiene como limitantes el tamaño de los pólipos, las características de su base de implantación y la imposibilidad de utilizar instrumental quirúrgico a través de canales operadores⁽¹⁾.

Presentamos el caso de un paciente portador de una lesión polipoidea antral que fue resecada con éxito utilizando la combinación videolaparoscópica y endoscópica.

Caso clínico

Hombre .65 años. Fumador. Ingresa por cuadro de 3 meses de evolución dado por dolor epigástrico tipo cólico, acompañado de vómitos de alimentos y ruidos hidroaéreos en epigastrio. La sintomatología revierte con medicación antiespasmódica.

Examen clínico normal.

Fibrogastroscofia: A nivel del antro, prepilórico, sobre cara posterior se observa una lesión polipoidea sesil polilobulada de 40 mms. de diámetro, que prolapsa al duodeno a través del píloro. Se biopsia.

Anatomía Patológica: adenoma tubular con displasia moderada.

Esófago gastroduodeno por doble contraste: lesión polipoidea gástrica

Se opera de coordinación el 18 /3/99.

Anestesia General. La posición del paciente y ubicación del equipo quirúrgico se muestra en la figura 1.

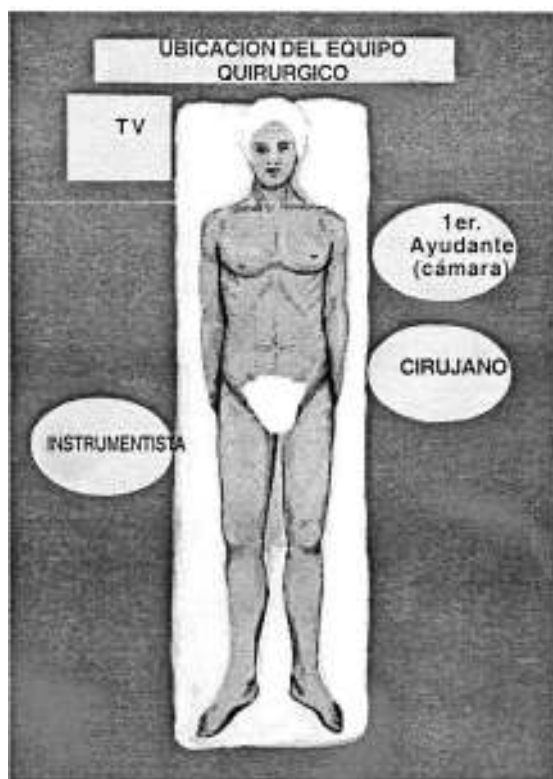


Figura 1: Posición del paciente y equipo quirúrgico.

El cirujano esta colocado a la izquierda del paciente; el ayudante que maneja la óptica está también a la izquierda pero hacia la cabecera del paciente. La instrumentadora se ubica frente al cirujano (a la derecha del paciente). El procedimiento se realiza utilizando dos monitores, ambos en la cabecera del paciente : uno corresponde a la visión endoscópica obtenida por la óptica intraluminal y el segundo forma parte del equipo de endoscopia digestiva.

Para el emplazamiento de los trócares en la pared abdominal es necesaria la colaboración del endoscopista para :

1- la insuflación del estómago

2- mediante transiluminación ubicar la curvatura mayor del estomago.

A nivel hemiclavicular izquierdo y dos centímetros por debajo del reborde costal se realiza una incisión de 10 mms. a través de la cual se introduce una pinza de Babcock para traccionar la pared anterior gástrica y fijarla a la pared abdominal anterior (Figura 2). En ese sector se realiza una gastrotomía de 10 mms. por donde se introduce un trocar y a través de este la óptica.

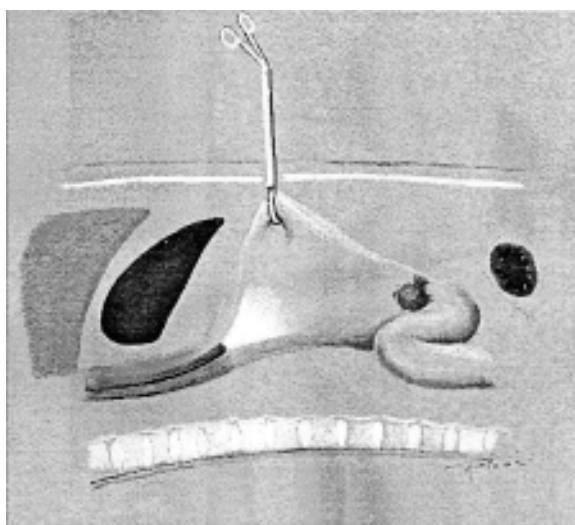


Figura 2: Tracción de gran curva para realizar la colocación del primer trocar.

Exploración sistematizada, videoasistida de todo el estomago. En el antro, sobre la pared posterior se identifica una lesión polipoidea de 5 por 5 centímetros, con base de implantación ancha de 3-4 cms.

Orientados por transiluminación se colocan los otros dos trocares previa fijación de la pared gástrica a la pared abdominal, utilizando material reabsorbible 3-0 (poliglactina).

Un segundo trocar utilizado para la introducción de una pinza atraumática (mano izquierda del cirujano) se ubica en la línea hemiclavicular derecha a dos centímetros por debajo del reborde costal.

Un tercer trocar se introduce próximo a la línea media, a unos 5 cms. por debajo del apéndice xifoides (Figuras 3 y 4).

Resección submucosa del pólipo que se extrae por la boca del paciente (Figura 5).

Sutura continua hemostática cerrando la mucosa.

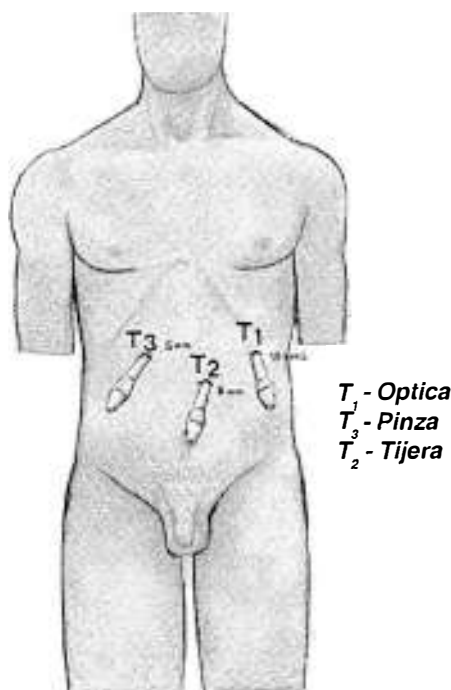


Figura 3: Emplazamiento de trocares.

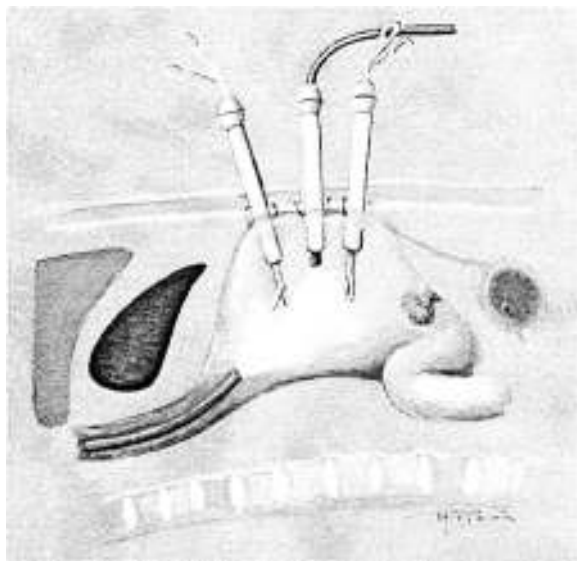


Figura 4: Abordaje intragástrico con tres trocares.

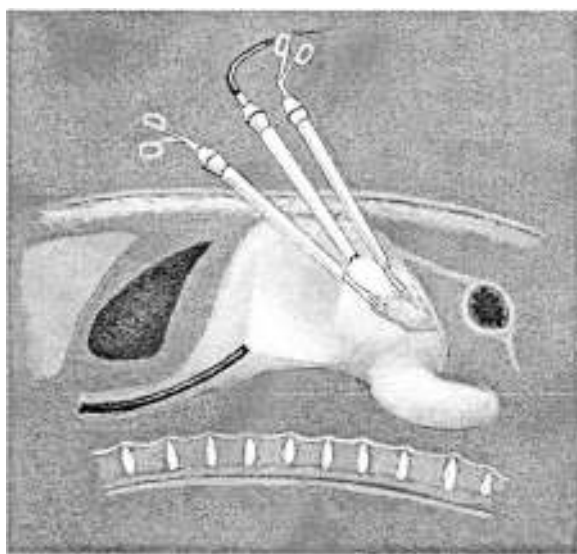


Figura 5: Resección submucosa del pólipo.

Hemostasis satisfactoria.

Cierre de las tres gastrotomías con material reabsorbible 3-0, controlado por endoscopia.

Laparoscopia exploradora de salida que no muestra sangrado y suturas gástricas satisfactorias.

En el postoperatorio reinstala la vía oral a las 12 horas, rápida recuperación del peristaltismo. Alta a las 48 horas.

La anatomía patológica informa : adenocarcinoma gástrico bien diferenciado que infiltra la submucosa, se observan escasos remanentes de un adenoma tubular.

Se plantea la necesidad de completar el tratamiento mediante una gastrectomía oncológica; el paciente se niega ser operado.

Discusion y comentarios

La cirugía endogástrica mediante abordaje laparoscópico, asistida por endoscopia constituye una nueva modalidad en el tratamiento de las lesiones gástricas originadas en la mucosa, submucosa o muscular del órgano^(1,2,4,5,6,7).

Permite luego de la insuflación del estómago la introducción de trócares en la luz gástrica y realizar diversos procedimientos quirúrgicos (2).

Han sido comunicadas resecciones de tumores submucosos, pólipos gástricos y cánceres gástricos precoces^(7,8,9,10) por esta vía.

Los pseudoquistes pancreáticos que aparecen luego de pancreatitis aguda, después de transcurridas 4-6 semanas, cuando la pared del pseudoquiste ha «madurado» pueden ser resueltos por vía endogástrica⁽²⁾, mediante quistogastrotomía laparoscópica intraluminal o abriendo el estómago mediante una gastrotomía anterior y realizando una quistogastroanastomosis con sutura mecánica o manual.

Las complicaciones de la enfermedad ulcerosa gastroduodenal (hemorragia) también pueden tratarse mediante este abordaje⁽²⁾.

Entre las lesiones gástricas elevadas, de origen epitelial, el 10% de los pólipos gástricos son adenomatosos. Tienen un potencial de malignización variable, entre 4 y 75% dependiendo del tamaño y del tipo histológico^(11,12).

La incidencia de carcinoma es mayor en los pólipos vellosos y en aquellos que miden más de 2 centímetros. Son signos endoscópicos sugestivos de malignidad: superficie con depresiones, enrojecimiento y erosiones⁽¹³⁾.

Todo pólipo debe ser resecado en su totalidad⁽¹¹⁾, el grado de displasia hallado en una toma biopsica no es representativa de toda la lesión, ya que no excluye la presencia de displasia de alto grado o un foco de carcinoma en algún otro sector del adenoma⁽¹⁴⁾.

En el caso presentado el aspecto endoscópico del adenoma no hizo sospechar la presencia de carcinoma, no obstante la resección completa de la lesión permitió establecer el diagnóstico.

La resección completa por vía endoscópica de estas lesiones continúa siendo el tratamiento de elección⁽²⁾.

Las lesiones sesiles pueden tratarse en forma exitosa mediante la mucosectomía endoscópica^(11,14), obteniéndose el diagnóstico definitivo.

La resección combinada endogástrica-laparoscópica encuentra su mejor indicación en lesiones mayores de dos centímetros y en aquellas próximas al cardias, pequeña curva alta, cuerpo alto, así como cerca del píloro o sobre la pared posterior del estómago^(2,15).

Tiene como ventajas una mejor exploración del estómago, la utilización de instrumental quirúrgico a través de los sitios de abordaje gástricos y la resección biopsica de la lesión para estudio histopatológico completo de la misma; un mejor control del sangrado mediante el uso de electrocutor directamente o bien realizando puntos hemostáticos intragástricos.

Permite además diagnosticar y tratar la perforación gástrica que puede ocurrir durante el procedimiento al visualizar el estomago desde su cara mucosa y serosa.

Este procedimiento posee además todas las ventajas del abordaje mínimamente invasivo: menos dolor postoperatorio, reinstalación rápida de la vía oral al igual que la recuperación del peristaltismo; menor estadía hospitalaria y reintegro precoz a las actividades del paciente.

Si la lesión resecada es benigna el procedimiento es diagnóstico y terapéutico; si por el contrario,

como ocurrió en este caso la lesión es maligna se deberá plantear un tratamiento definitivo.

Bibliografía

- 1- Stellato Th. A. Flexible endoscopy as an adjunct to laparoscopic surgery. *Surg. Clin. North. Am.* 1996; 76:595- 602.
- 2- Farrell T.M. ; Hunter J.G. Endogastric Surgery. *Semin.Laparosc.Surg.* 2000;7:22-5.
- 3- Lai D.T.M.; Chu K.M. ; Storey D.W. Laparoscopic endoluminal gastric surgery. *Aust.N.Z.J.Surg.* 1996;66:41-2.
- 4- Barrat C. ; Champault G. ; Pateron D.; Catheline J.M. Turner R.; Ziol M. Resection laparoscopique de tumeurs conjonctives de l'estomac. *J.Chir.* 1997; 134 : 442-3.
- 5- Altorjay A. ; Szanto I. ; Garcia J. ; Nagy P. ; Kiss J. Endoscopy assisted laparoscopic resection of the gastric wall facilitated by a double lifting methods. *Endoscopy.* 1997; 29:227.
- 6- Ohashi S.; Yoden Y. ; Kanno H. ; Akashi A. Laparoscopic intragastric surgery with interventional endoscopy: a new concept in lap surgery. *Surg. Endosc.* 1994;8:497.
- 7- Aogi K.; Hirai T. ; Mukaida H. ; Toge T. ; Haruma K. ; Kajiyama G. Laparoscopic resection of submucosal gastric tumors. *Surg. Today* 1999;29:102-6.
- 8- Wolfsohn D.M.; Savides T.J. ; Easter D.W. ; Lyche K.D. Laparoscopy assisted endoscopic removal of a stromal cell tumor of the stomach. *Endoscopy* 1997; 29:679-82.
- 9- Payne W.G. ; Murphy Ch.G.; Gossbard L.J. Combined laparoscopic and endoscopic approach to resection of gastric leiomyoma. *J.Laparoendosc.Surg.* 1995; 2: 119-21.
- 10- Ohgami M. ; Kumai K. ; Otani Y; Kitajima M. Laparoscopic curative surgery for early gastric cancer. *Surg.Endosc.*1994;8:497-499.
- 11- Lewandrowski K.B.; Compton, C.C. The pathology of gastric cancer and conditions predisposing to gastric cancer. In: Rustgi Anil K. ed. *Gastrointestinal Cancers: Biology, Diagnosis and Therapy.* Philadelphia: Lippincott-Raven, 1995 p. 217-42.
- 12- Nakamura, T.; Nakano. G. Histopathological classification and malignant change in gastric polyps. *J. Clin. Pathol.* 1985; 38:754-64.
- 13- Ginsberg, G.G.; Alkawas, F.H.; Fleischer, D.E. Gastric polyps: relationship of size and histology to cancer risk. *Am. J. Gastroenterol.* 1996;91:714-7.
- 14- Fujiwara, Y.; Arakawa, T.; Fukuda, T.; Kimura, S.; Uchida T.; Obata, A. et al. Diagnosis of borderline adenomas of the stomach by endoscopic mucosal resection. *Endoscopy* 1996;28:425-30.
- 15- Inuue, H.; Tani, M.; Nagai, K.; Kawano, T.; Takeshita, K.; Endo M. et al. Treatment of esophageal and gastric tumors. *Endoscopy* 1999;31:41-55.