

## ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

## V-04

**RESECCIÓN ENDOSCÓPICA TRANSMURAL DE GIST DUODENAL VÍA NOTES: USO DE LA TRACCIÓN Y SISTEMA DE SUTURA**

Uchima, Hugo; Garsot, Elisenda; Colán-Hernández, Juan; Viciano, Marta; Clavell, Arantxa; Marin, Ingrid; Puig, María; Mañosa, Miriam; Calafat, Margalida; Moreno, Vicente.

*Hospital Universitario Germans Trias I Pujol, Barcelona.*

<https://doi.org/10.48158/SEED2021.V04>

**CASO:** Varón de 68 años con antecedente de cirugía gástrica por patología benigna tipo Billroth I hace más de 40 años y un carcinoma urotelial intervenido y libre de enfermedad, portador de Bricker.

Se le detecta una lesión subepitelial al inicio de tercera porción duodenal, con biopsias que confirman GIST. El TC abdominal muestra una lesión predominante intraluminal con componente extraluminal de aproximadamente 2cm.

Dada la dificultad del abordaje laparoscópico se optó por realizar una resección local por vía transoral/endoscópica (NOTES).

**INTERVENCIÓN:** En quirófano general, con el paciente en decúbito supino y con anestesia general, se procede a realizar la resección utilizando técnica de disección submucosa con hilo-clip- para tracción y exponer el componente intraluminal del GIST utilizando bisturí Splash-M knife. Luego se procede a la resección transmural “full-thickness” de la pared alrededor de la lesión, utilizando IT-nano y Hook Knife, abriendo la pared duodenal y entrando a cavidad retroperitoneal, donde se disecciona con IT-nano el componente extraluminal adherido al tejido conectivo.

Se realiza tracción con fishing-line-clip (clip con hilo transoral) del componente extraluminal, introduciéndolo en la luz, y se culmina la resección con IT nano del borde posterior de la lesión. Se cierra el defecto con sutura endoscópica (Apollo).

**EVOLUCIÓN:** El paciente fue dado de alta sin complicaciones, asintomático y con dieta normal luego de 2 semanas. El estudio histológico confirmó un GIST de 2.5cm de bajo grado tributario de seguimiento.