

TECNICA QUIRURGICA

Viernes, 9 de Marzo (8h-10h)

Moderadores: Drs. Peromingo, Sánchez Santos y Rodríguez Prieto (secretario)

17. INDICACIONES Y ASPECTOS TÉCNICOS DE LA GASTRECTOMÍA TUBULAR LAPAROSCÓPICA (VIDEO)

Blanco, S.; Hernández, M.; Morandeira, A.; Sabench, F.; Sánchez Pérez, J.; Sánchez Marín, A.; Buils, F.; Doménech, J.; del Castillo, D.

Hospital Universitario de San Juan de Reus, Tarragona

Objetivos. La “sleeve gastrectomy” o gastrectomía tubular, se desarrolló inicialmente como primer paso en la realización del “switch duodenal”, y algunos grupos lo realizan como primer tiempo en pacientes super-super-obesos, donde se espera una pérdida de peso inicial considerable, para realizar al cabo de unos 12 meses el segundo tiempo como by-pass biliopancreático. Así mismo, se ha observado que la “sleeve gastrectomy” como único procedimiento puede ser suficiente en un gran número de pacientes obesos mórbidos. Proponemos esta técnica en la obesidad mórbida triple (IMC > 60 Kg/m²) y en la retirada de la banda ajustable. Dicha técnica es reproducible por vía laparoscópica, teniendo en cuenta una serie de detalles técnicos

Pacientes y Métodos. La colocación del paciente es en antiTrendelemburg de 30º, y el cirujano colocado entre las piernas. Intubación orotraqueal, mediante control por broncoscopio. Se colocan 5 trócars, en unos puntos anatómicos estratégicos. Recomendamos la óptica de 30º y la utilización de un trócar óptico para la entrada en la cavidad abdominal. La coagulación mediante la selladora (Ligasure) facilita la disección y una excelente hemostasia. Se procede siguiendo los siguientes pasos quirúrgicos:

- 1) Disección de la curvatura mayor gástrica hacia el ángulo de His, separando el ligamento gastrocólico.
- 2) Se continua la disección hasta 2-3 cm del píloro.
- 3) Sección gástrica a 3 cm del píloro con GIA de 4,8 mm, y tutorizada con una sonda de Faucher de 38 FR.
- 4) Se continua la sección gástrica con GIA 3,5 mm, comprobando la correcta posición de la sonda de Faucher, tubulizando el estómago hasta llegar al ángulo de His.
- 5) Se revisa la hemostasia, mediante puntos o aplicación de clips.
- 6) Comprobación de la estanqueidad instilando azul de metileno por la SNG.
- 7) Drenaje aspirativo tipo Jackson Pratt.
- 8) Cierre orificios de los trócares mediante visión laparoscópica.

Resultados. Se ha realizado en 32 pacientes. La media de BMI= 61 Kg/m². El curso postoperatorio fue sin incidencias en 30 pacientes. 2 se observó una fuga en la línea de grapas, que no requirió reintervención quirúrgica, cerrando a los 7 días. Un paciente tuvo que ser reintervenido por oclusión alta por vólvulo gástrico de la “sleeve gastrectomy”. No hubo mortalidad, y la estancia hospitalaria de los pacientes sin incidencias (n=30) fue de 3 días. La pérdida media del exceso peso durante el primer año, ha sido superior al 60%, con una excelente calidad de vida.

Conclusiones. La sleeve gastrectomy por laparoscopia es una técnica de baja morbilidad y que consigue una buena pérdida del exceso de peso. Puede ser planteada como única intervención quirúrgica, o como primer tiempo en el marco del switch duodenal.

18. TUBO GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO (VIDEO)

Bou, R.; Baltasar, A.; Bengochea, M.; Serra, C.; Pérez, N.

Hospital de Alcoy y Sanatorio San Jorge, Alcoy

Introducción. La Gastrectomía Tubular o Tubo gástrico (TG) es la primera parte, la restrictiva, del Cruce Duodenal una operación mixta muy efectiva para el tratamiento de la obesidad mórbida. Su realización debe ser por vía laparoscópica

Pacientes y Método. A 422 pacientes se les ha realizado un TGL (TG laparoscópico), a 96 como terapia aislada y única de su obesidad y a otros 326 pacientes formando parte del Cruce Duodenal completo. Se usan 4 trocares de 5 mm. y uno de 10 mm. para la cámara. El “trocar de trabajo” de 12 mm. entra bajo visión directa por hipocondrio derecho. El tubo gástrico es de menos de 60 cc en los TGL y de menos de 70 cc en los Cruce Duodenales. Se usa una sonda tutora en estómago de 12 mm. de diámetro. El estómago se divide con grapas azules de tres líneas que comienzan a 1 cm. de píloro. Dos suturas

continuas secuenciales de la serosa cubre toda la línea de grapas que se anudan con el nudo de De Cushieri.

Resultados. No hubo lesión alguna con el trocar de entrada de visión directa. Los pacientes con TGL fueron dados de alta a las 48 horas en el 85% de los casos, 5% a las 24 horas y el resto a los 3 días. Al alta llevan un drenaje de aspiración hasta el 8º día y toman azul de metileno oral para detectar posibles fugas. Tres pacientes con TGL sangraron, por el trocar de trabajo y uno de ellos, (IMC = 74) murió (1% de mortalidad).

Conclusiones. Aún no se ha demostrado que a largo plazo el TGL sea efectivo. A corto plazo todos los pacientes superaron el 50% de porcentaje de sobrepeso perdido. Ninguno ha requerido cirugía y su calidad de vida es excelente.

19. REINTERVENCION BANDING GASTRICO (VÍDEO)

Blasco Blanco, M^a A.; Roca Rossellini, N.; Pujol Gebelli, J. (1); Foncillas Corvinos, J.
Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. Hospital de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat (1)

La colocación de la Banda Gástrica es en la actualidad la técnica de elección para el tratamiento restrictivo de la Obesidad Mórbida en nuestro Centro. El objetivo de nuestro video es mostrar como es posible convertir la técnica del Banding Gástrico por vía laparoscópica en un tubo gástrico (Gastric Sleeve)

Presentamos una paciente de 52 años, que 5 años antes, con un IMC inicial de 66,6, le fue colocada una Banda Gástrica, consiguiendo una pérdida máxima del 56,8% del sobrepeso. Posteriormente tuvo una reganancia de peso hasta alcanzar un IMC de 50 por lo que consultó en nuestra Unidad. Asimismo tenía un IAH de 60 (SAOS severo).

Se le practicó bajo cirugía laparoscópica una retirada de la banda gástrica y se realizó un tubo gástrico (Gastric Sleeve), destacando que no presentó complicaciones peri ni postoperatorias.

El tubo gástrico permite una pérdida de peso en muchos casos adecuada y siempre permite una opción para la conversión en un Cruce Duodenal.

20. ¿Y DESPUES DEL FALLO DE UN DISPOSITIVO GÁSTRICO AJUSTABLE? QUE HACER (VÍDEO)

Masdevall Noguera, C.; Silvio Estaba, L.; Pujol Gebelli, J.; Moreno Llorente, P.; García Ruiz de Gordejuela, A.; Francos, J.M.; Secanella Medayo, L.; Rafecas Renau, A.
Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona

Introducción: Al 52% de los pacientes de nuestra serie, portadores de banda neumática ajustable, colocada como tratamiento de Obesidad mórbida, ha debido ser retirada, bien por fallo del dispositivo o por ausencia de pérdida de peso suficiente para el grado de obesidad del paciente.

Descripción: El vídeo explica la intervención quirúrgica que realizamos actualmente en el Hospital Universitario de Bellvitge, retirando el dispositivo y realizando por vía laparoscópica, una Gastroplastia tubular o un By-pass gástrico, según lo requiera el caso dependiendo del comportamiento alimentario y el peso perdido con la técnica restrictiva de la cual eran portadores.

21. BYPASS GASTRICO “MEDIDO” HERNÁNDEZ (VIDEO)

Hernández Martínez, J.; Pérez Forqués, J.E.; Guirao Manzano, J.; Fernández Moreno J.
Hospital de Yecla, Murcia

Antecedentes. La obesidad es patología en gran incremento y prevalencia, por lo que afecta a diversidad de enfermos, que a su vez pertenecen a distintas condiciones económicas, culturales, sociales etc. El tratamiento de tan diversos enfermos, a los cuatro años de nuestra experiencia, nos motivó al intento de un procedimiento quirúrgico eficaz, a ser posible para todo tipo de obesos y exento de alteraciones posoperatorias severas.(vg.las complicaciones nutricionales del bypass de asa muy larga o las derivadas de la cirugía malabsortiva.).

Diseñamos en 2002 el modelo, que une al pouch gástrico escaso (esencial) el dejar de asa común, la longitud de intestino que tienen las personas delgadas, excluyendo previa medición del I.D., el resto del intestino que se distribuye entre las asas biliar y alimenticia. Nuestra experiencia abarca más de 400 casos, iniciada en 2002 y con resultados, publicados, excelentes.

Técnica: Iniciamos la intervención con cuatro puertas, en el espacio infracólico. Se mide I.D. desde Treiz a segmentos de 5 cm, que limitamos entre dos pinzas con terminal de 2 cm. Decididas las medidas de las asas, se secciona el asa biliar y asciende el asa alimenticia, para efectuar la anastomosis Y-Y a 230 cm de la válvula ileocecal. Después y con una nueva puerta (separador hepático) se obtiene el pouch gástrico, tras crear el reservorio desde la pequeña curvatura, previa introducción del cabezal del stapler

EEA 25 mm, que introducimos al estómago por apertura del cuerpo, obteniendo un reservorio de aproximadamente 4 0 5 cm de longitud, y base la que limita el cabezal. Anastomosis gastroyeyunal con EEA. Sección del I.D. remanente. Control de estanqueidad aire bajo agua, Drenaje.

22. BYPASS GASTRICO DE UNA ANASTOMOSIS POR LAPAROSCOPIA (BAGUA) Y SOPORTE ROBÓTICO. EXPERIENCIA SOBRE 600 PACIENTES.

Carbajo, MA.; Ortiz, J; Garcia-Caballero, M.; Osorio, D.

Hospital Campo Grande, Valladolid. Hospital Parque San Antonio, Málaga

Objetivos. El BAGUA representa un simplificado tipo de BG que está ganando progresiva popularidad debido a ser mas fácil en su ejecución, tener menor tasa de complicaciones y excelentes resultados en pérdida de peso y calidad de vida.

Pacientes y métodos. Durante cerca de cinco años (2002-2006), un grupo de 600 pacientes con obesidad mórbida y super-mórbida fueron operados con un BAGUA. In los últimos 520 pacientes, la operación se realizó con la ayuda de un brazo robótico para el control óptico (Lap-Man). Las características de los pacientes fueron: Edad media 42 (14-73); género, 77% mujeres y 23% varones; IMC medio 47 (34-86); exceso de peso medio 63 (34-220).

La cirugía primaria fue realizada en 348 pacientes (60%). Cirugía abierta previa se había efectuado en 112 casos y procedimientos quirúrgicos asociados se añadieron en 114 enfermos. Conversiones de previos procedimientos restrictivos se efectuaron en 24 casos.

Resultados. El tiempo quirúrgico medio en cirugía primaria fue de 86 minutos (60-180); en procedimientos asociados, 112 m. (95-230) y en conversiones de 175 m. (130-240). La estancia hospitalaria media en pacientes no complicados fue de 31 horas (18-86); con complicaciones mayores, 9 días (5-32). Complicaciones: Conversión a cirugía abierta, 2 casos (0.3%). Reoperaciones inmediatas, 8 pacientes (1.3%); de ellos en 4 por hemorragia, 2 por fístula, 1 por oclusión y 1 por necrosis en la cara anterior del estómago excluido. Complicaciones mayores tratadas conservadoramente en 7 casos (1.1%); de ellas en 5 por fístula, hematoma infectado en 1 y pancreatitis aguda en 1. Mortalidad en 2 pacientes (0.3%): por tromboembolismo y por neumonía nosocomial post-reintervención.

La media del % de exceso de peso perdido en un año, 72; en dos años, 79; en tres años, 80. Media de solución o mejoría en las comorbilidades, 95%.

Conclusiones. 1.- El BAGUA es una segura, rápida y eficaz operación bariátrica en pacientes mórbidos o super-mórbidos.

2.- El BAGUA reduce la dificultad, el tiempo operatorio y las complicaciones del BGYR Standard.

3.- Las intervenciones bariátricas menos complejas tienen la oportunidad de reducir la morbi-mortalidad considerablemente después de la curva de aprendizaje.

4.- Sin embargo, incluso simplificadas formas de BG como el BAGUA, pueden desarrollar graves complicaciones.

5.- El brazo robótico para el control óptico reduce la fatiga visual, mental y corporal ostensiblemente. Acorta el tiempo quirúrgico, evita los constantes problemas de la óptica e incrementa la seguridad y eficacia del cirujano.

23. ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO ENTRE LA ANASTOMOSIS MANUAL Y CIRCULAR MECÁNICA EN EL BY-PASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

Pujol Gebelli, J.; Silvio Estaba, L.; Masdevall Noguera, C.; Moreno Llorente, P.; Secanella Medayo, L.; García Ruiz de Gordejuela, A.; Francos, J.M.; Rafecas, A.

Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona

Objetivos. Evaluar las diferencias en el By-pass Gástrico laparoscópico entre anastomosis gastroyeyunal Manual vs. Mecánica, con énfasis en sus complicaciones precoces.

Pacientes y métodos. Estudio prospectivo randomizado controlado durante un periodo de dos años. Seleccionando a 102 pacientes con Obesidad Mórbida e índice de masa corporal (IMC) entre 35 kg/cm² (con comorbilidades) y 50 kg/cm². Randomizándose en dos grupos: manual y mecánico, con 51 pacientes cada uno. Se realizó By-pass Gástrico laparoscópico; y evaluación de las complicaciones precoces definidas como aquellas que se presentan antes del día 30 posterior a la cirugía. El análisis estadístico se realizó con SPSS v14.

Resultados. Se incluyeron 20 hombres y 82 mujeres; 4 fueron excluidos del estudio. La edad media de la muestra es de 43,8 años, peso medio de 115 Kg. e IMC medio de 44,6 Kg./cm². No existiendo diferencias significativas entre los dos grupos. El tiempo medio de cirugía global fue de 194.7 min., con 202,9 min. en el grupo manual y 186,4 min. en el mecánico p=0,01. Las complicaciones <30 días post IQ representaron el 23,5%, siendo el 19,6% manual y el 27,5% mecánica p=0,2, presentándose un 6,9% de necesidad de reintervención con 2% en el grupo manual y 11,6% de las mecánicas p=0,05.

Conclusiones. El by-pass gástrico laparoscópico representa el tratamiento actual estándar en la cirugía de la obesidad mórbida, pudiendo ser realizado con diversas técnicas, siendo las más utilizadas la anastomosis manual y la mecánica circular, presentando según los grupos, cifras de complicaciones que van desde el 5 al 20%; difiriendo estas en su tipo y gravedad según la técnica empleada. Según los resultados obtenidos, sería recomendable realizar anastomosis manual, debido a que cabe esperar menos complicaciones hemorrágicas susceptibles de reintervención, con la desventaja de requerir mayor entrenamiento técnico para su realización

24. UTILIZACIÓN DE PRÓTESIS CUBIERTAS AUTOEXPANDIBLES PARA EL TRATAMIENTO DE FUGAS GÁSTRICAS DESPUÉS DE CRUCE DUODENAL Y GASTRECTOMÍA TUBULAR

Serra Díaz C., Baltasar Torrejón A., Andreo L., Pérez Climent N., Bou Pérez R., Bengochea Cantos M. Servicio de Cirugía General. Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy. Alicante.

Introducción. El Cruce Duodenal (CD) es una de las técnicas más efectivas para el tratamiento de la obesidad mórbida (OM) y de sus comorbilidades, con índices de mortalidad inferiores al 1%, pero con una morbilidad del 9.4% (6.5% debido a fugas). La Gastrectomía Tubular Laparoscópica (GTL) empleada aisladamente o como primer paso del CD es una técnica emergente en el tratamiento de la OM. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de las fugas gástricas con prótesis cubiertas autoexpandibles (PCAE) después de CD y GTL.

Pacientes y Métodos. La incidencia de fugas en nuestros pacientes ha sido del 6.5%. Presentamos el tratamiento de cinco pacientes con fugas gástricas en el ángulo de His después de GTL (2) y de CD (3). La colocación de las PCAE se realizó con control radioscópico y fueron retiradas endoscópicamente. En el primer caso se utilizó una prótesis no cubierta que al final necesitó la realización de una gastrectomía total. Un paciente presentó una fístula gastro-bronquial sintomática. En dos pacientes se añadió el gesto de la embolización percutánea con "microcoils" del trayecto fistuloso.

Resultados. En todos los casos las fugas fueron excluidas con las PCAE y los pacientes fueron capaces de tolerar una dieta triturada. El paciente tratado con una prótesis no cubierta precisó la realización de una gastrectomía total y en uno de los casos se ha conseguido un sellado completo de la fuga gástrica después de retirar la PCAE. Un paciente necesitó recolocar la PCAE debido a persistencia de la fuga tras retirar la prótesis. Actualmente tenemos a tres pacientes en espera de retirar endoscópicamente la PCAE.

Conclusiones. Las PCAE se utilizaron inicialmente para el tratamiento de las estenosis benignas y malignas del tracto digestivo y se proponen ahora como una alternativa terapéutica para el manejo de las fugas gastrointestinales después de cirugía bariátrica. Se precisa de una mayor experiencia con estudios controlados para definir con exactitud el tiempo óptimo para la retirada de las PCAE y el papel de la embolización con "microcoils" en el manejo de estas fístulas.

25. CONVERSIÓN DE GASTROPLASTIA VERTICAL ANILLADA ABIERTA A BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO CON BANDA (VÍDEO)

Cruz Vigo, JL. (1); Cruz Vigo, F. (2); Sanz de la Morena, P. (1); Martínez Pueyo, JI. (2); Canga Presa, JM. (1)

Clínica San Francisco, León (1). Sanatorio Nuestra Señora del Rosario y Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid (2)

Objetivos. Las técnicas restrictivas en cirugía de la obesidad obtienen una pérdida de peso satisfactoria en el seguimiento a corto plazo pero, tras los dos primeros años, la reganancia de peso es frecuente. Las causas son: disrupción del grapado, defectos técnicos o el paso a una alimentación aberrante.

Pacientes y Métodos. Mujer de 25 años a la que, cinco años antes, se había realizado una gastroplastia vertical tipo Eckhout con anillado metálico de 4,7 cm. Tras perder 27 kg, vuelve a ganar peso hasta alcanzar su IMC previo (41,8). El tránsito esófago-gástrico con bario muestra una bolsa gástrica grande, que incluye parte del fundus gástrico, y un estoma estrecho con un anillo metálico. Se utilizan cinco trocares para el abordaje laparoscópico. Se liberan las adherencias hepatogástricas y se realiza una bolsa seccionada por dentro del gran reservorio de la gastroplastia. Se coloca una malla de polipropileno de 6,5 cm alrededor de la bolsa y se practica una gastroyeyunostomía en Y de Roux, antecólica, antegástrica, con grapadora lineal. La longitud del asa biliopancreática es de 40 cm y la alimentaria de 100 cm. Drenaje de Penrose por encima del reservorio, hasta el espacio subfrénico izquierdo.

Resultados. El postoperatorio transcurre sin incidencias. A las 24 h. el tránsito con Gastrografin es normal, iniciándose la tolerancia a líquidos. La estancia hospitalaria es tres días. El drenaje se retira al quinto día.

Conclusiones. La conversión laparoscópica de una gastroplastia vertical abierta a un bypass gástrico laparoscópico es factible y segura, aunque técnicamente compleja.