

El lazo corredizo. Un recurso en sutura intra-corpórea laparoscópica

M. Ferrer-Márquez, M.J. Solvas-Salmerón, R. Belda-Lozano, P. Moreno-Marín, M. Ferrer-Ayza

Servicio de Cirugía. Hospital Torrecárdenas. Almería. ✉ Manuferrer78@hotmail.com

Resumen: La cirugía bariátrica requiere un entrenamiento importante y un dominio en laparoscopia avanzada, principalmente en la realización de anastomosis intracorpóreas. Mostramos a continuación el recurso utilizado por nuestro grupo que consiste en un “lazo corredizo” que se realiza al inicio del hilo y permite comenzar la sutura de una forma rápida y segura.

Palabras clave: Cirugía bariátrica; Sutura continua; Lazo corredizo

Presentado como comunicación en el I Congreso Español de SEEDO-SECO de Obesidad de Madrid 14.03.2013

A lo largo de los años son muchas las técnicas que han ido apareciendo para el tratamiento de la obesidad mórbida: restrictivas, malabsortivas y mixtas. Posiblemente, en la actualidad, las más utilizadas en cirugía bariátrica en nuestro país son la gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) y la derivación gástrica en Y-de Roux (DGYR). El empleo de la cirugía mínimamente invasiva en el tratamiento de la obesidad ha aportado numerosas ventajas manteniendo los mismos resultados en cuanto a pérdida de peso: recuperación más temprana, menos dolor postquirúrgico, y una reducción drástica de las complicaciones parietales en el postoperatorio inmediato y tardío [1-3].

La formación de los cirujanos bariátricos requiere un entrenamiento importante en cirugía laparoscópica avanzada [4] (principalmente cuando realizamos técnicas mixtas o malabsortivas). A la dificultad de la técnica propiamente dicha, hay que añadir las dificultades que presenta la realización de suturas y anastomosis intra-corpóreas en el paciente obeso mórbido por: el grosor del pániculo adiposo subcutáneo que en muchas ocasiones limita el movimiento de los trócares, la hepatomegalia que presenta la gran mayoría de pacientes junto con la esteatosis dificulta la retracción para conseguir una buena exposición del campo, el grosor de mesos y el

riesgo de retracción en el movimiento de asas, el riesgo de sangrado con la tracción de mesos y omento, etc. De ahí, que haya autores que consideren que existe una larga curva de aprendizaje (superior a los 100 casos) durante la cual la morbilidad intra y postoperatoria puede estar aumentada [5-7].

Por las condiciones inherentes del paciente y la dificultad de la técnica quirúrgica, hay dos campos de aprendizaje atribuibles a la cirugía laparoscópica: en primer lugar, es necesario tener experiencia en el tratamiento de pacientes obesos, y en segundo lugar, es imprescindible tener experiencia en técnicas avanzadas de cirugía laparoscópica reconstructiva [8]. En 1993, la Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica aconsejó que “la cirugía laparoscópica de la obesidad debe ser llevada a cabo sólo por cirujanos con experiencia en cirugía laparoscópica avanzada, familiarizados con la complejidad de las técnicas de cirugía de la obesidad y expertos en el tratamiento de pacientes obesos”.

Para la preparación de cirujanos en las técnicas bariátricas la Asociación Española de Cirugía (AEC) a través de su sección de Obesidad Mórbida y la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad y Enfermedades Metabólicas (SECO), han colaborado en la elaboración de un programa de formación estableciendo unos requisitos que debe cumplir un

cirujano para la obtención del diploma de competencia de dicho programa. Dicho programa se inició en 2009 y consta de 5 fases que incluyen conocimientos teóricos, prácticos y experiencia profesional tutelada [9].

Posiblemente la parte técnica que más destreza precisa en la realización de cirugías bariátricas son las anastomosis y suturas intracorpóreas. A pesar de la que laparoscopia comenzó hace años y es una técnica estandarizada en multitud de intervenciones de la práctica quirúrgica habitual (enfermedad por reflujo gastroesofágico, colecistectomías, apendicetomías, incluso hemicolectomías o resecciones anteriores...), son muy pocas las que obligan al manejo intracorpóreo de suturas. De ahí, que la mayor parte de cirujanos laparoscopistas que no se dedican a la cirugía bariátrica, no tenga especial habilidad en el manejo de este tipo de suturas.

Creemos imprescindible para la formación en cirugía bariátrica el dominio de técnicas de cirugía laparoscópica avanzada, como son la realización de anastomosis intracorpóreas. El comienzo de una sutura continua, tanto en el refuerzo de una sutura, como en la confección de una anastomosis, comienza con la realización de un primer nudo. Desde el inicio de nuestra experiencia, hemos utilizado diferentes recursos para la realización de suturas en busca de la solución más segura, eficaz, eficiente y fácilmente reproducible: un punto simple en el comienzo de la sutura continua, un lazo fijo creado en el extremo del hilo, la sutura barbada que en principio no precisa la realización de nudo en los extremos, o el clip colocado en el extremo de la sutura. Entre todas las propuestas utilizadas, la que nos ofrece más ventajas es la realización de un “lazo corredizo”. Desde su introducción en nuestro equipo, es el recurso que utilizamos sistemáticamente en el comienzo de la sutura continua, facilitando su inicio y proporcionando una solución segura y estanca tanto en la GVL, como en la DGYR:

- La utilizamos en la GVL al comienzo de la sutura invaginante (tras realizar la

gastrectomía). Aunque no todos los autores defienden su uso [10]), nuestro equipo, al igual que Baltasar et al [11], de forma rutinaria realiza invaginación sero-serosa de la sutura mecánica mediante monofilamento de 2-0, con la idea de controlar el sangrado y disminuir el porcentaje de fístulas gástricas sin aumentar el coste del proceso.

- En la DGYR se utiliza para la realización de las anastomosis gastro-entérica y entero-entérica. Ambas anastomosis las realizamos latero-laterales mediante el uso de endograpadoras Tri-staple. Utilizamos una sutura continua de monofilamento 2-0 para el cierre de los orificios de entrada.

Durante el montaje en la mesa de instrumentación, la enfermera es la encargada de realizar dichos lazos y tenerlos preparados para el momento de la sutura. Utilizamos de forma sistemática monofilamento de 2-0, que facilitará el desplazamiento del nudo que se explica a continuación. El primer paso consiste en medir exactamente la longitud del hilo que precisamos (alrededor de 12 cm) (Fig. 1a).

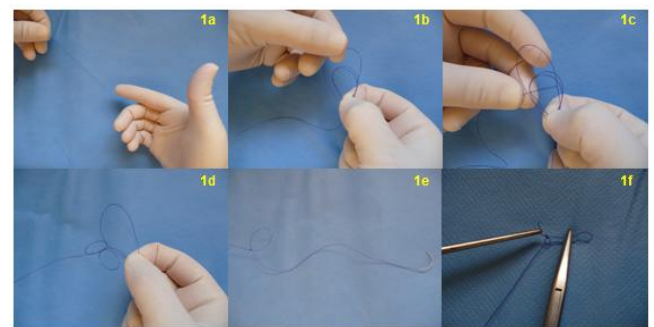


Fig. 1. “Lazo corredizo”

Una vez medido, en uno de los extremos se realizan tres ojales seguidos, uno de los cuales es de mayor tamaño que el resto (Fig. 1b). Se introduce el extremo opuesto del hilo a través de los tres ojales (Fig. 1c). Una vez pasado el hilo, entre los dedos pulgar e índice de la mano se mantiene cogido el ojal de mayor tamaño y se tira de ambos extremos (Fig. 1d). De esta manera obtenemos el hilo para la sutura continua con un lazo corredizo en el extremo. El ojal del lazo puede

ampliarse para facilitar el paso de la aguja intraoperatoriamente (Fig. 1e). Una vez pasada, se tira de ambos extremos para que el lazo quede cerrado y estanco (Fig. 1f). Para mejor comprensión ver un video didáctico en

<http://coloprocto.wordpress.com/2012/04/02/sutura-continua-y-nudos-en-cirugia-laparoscopica/>.

Las ventajas que ofrece este recurso son: en primer lugar facilitar el comienzo de la sutura ya que evita la necesidad de realizar un nudo al comienzo de la misma en zonas donde, en ocasiones, la visibilidad no es buena o no permiten demasiada movilidad; en segundo lugar mantiene la longitud predeterminada del hilo (si tuviéramos que anudarlo de la forma clásica, podemos tirar de un lado demasiado y quedarnos cortos en el otro para el resto de la sutura continua); mantiene una estanqueidad adecuada al permitir el cierre de la lazada cuando se tira de ambos lados; este nudo es ideal para trabajar en paralelo, en caso de no presentar la colocación de los trócares con un ángulo adecuado. El inconveniente no es otro que la necesidad de preparar de manera adecuada al personal instrumentista ya que cualquier error en su creación hace que el lazo fracase y no cierre de forma segura.

El “lazo corredizo” es un recurso más a tener en cuenta en cirugía bariátrica [12,13], así como en otras especialidades que precisen cirugía laparoscopia avanzada, ya que facilita el comienzo de suturas intracorpóreas de forma segura.

Bibliografía

1. Batchelder AJ, Williams R, Sutton C, Khanna A. The evolution of minimally invasive bariatric surgery. *J Surg Res.* 2013 :14 (Epub ahead of print).
2. Chae FH, McIntyre RC Jr. Laparoscopic bariatric surgery. *Surg Endosc.* 1999;13(6):547-9.

3. Shabanzadeh DM, Sørensen LT. Laparoscopic surgery compared with open surgery decreases surgical site infection in obese patients: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg.* 2012; 256(6):934-45.
4. Sánchez-Santos R, Estévez S, Tomé C, González S, Brox A, Nicolás R, et al. Training programs influence in the learning curve of laparoscopic gastric bypass for morbid obesity: a systematic review. *Obes Surg.* 2012; 22(1):34-41.
5. Oliak D, Ballantyne GH, Weber P, Wasielewski A, Davies RJ, Schmidt HJ. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: defining the learning curve. *Surg Endosc.* 2003; 17:405-8.
6. Schauer P, Ikramuddin S, Hamad G, Gourash W. The learning curve for laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass is 100 cases. *Surg Endosc.* 2003; 17:212-5.
7. Lublin M, Lyass S, Lahmann B, Cunneen SA, Khalili TM, Elashoff JD, et al. Leveling the learning curve for laparoscopic bariatric surgery. *Surg Endosc.* 2005; 19:845-8.
8. Lacy AM, Delgado S.: Controversias en cirugía laparoscópica de la obesidad. Contraindicaciones y límites de la cirugía laparoscópica. *Cir Esp* 2004; 75(5):287-9
9. Sanchez-Santos R, Ruiz de Adana JC. Las sociedades científicas y la impericia: programa de formación en cirugía bariátrica. *Cir Esp* 2013;91(4):209-210.
10. Ferrer-Márquez M, Belda-Lozano R, Ferrer-Ayza M. Technical controversies in laparoscopic sleeve gastrectomy. *Obes Surg.* 2012; 22(1):182-7.
11. Baltasar A, Serra C, Pérez N, et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy: a multi-purpose bariatric operation. *Obes Surg.* 2005; 15(8):1124-8.
12. Jorge Daes: Self-Locking First Stitch in Suture Reinforcement of the Laparoscopic Gastric Sleeve. *Obe Surg* (2013) 23:794-795 DOI 10.1007/s11695-013-0941-z
13. Albanopoulos k, Flessas I, Zografos E, Leandros E. Self-Locking First Stitch in Suture Reinforcement of the Laparoscopic Gastric Sleeve. *Obes Surg* (2013) 23:796-797 DOI 10.1007/s11695-013-0943-x