

Comunicaciones de derivación (bypass) gástrica Mendoza 2013

1-HEMORRAGIA DIGESTIVA A NIVEL DE LA LÍNEA DE CORCHETES EN EL BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO, ¿ES PREVENIBLE?.

AUTOR: Jorge Saba, Matías Sepúlveda, Jorge Zajjur, Ignacio Álvarez, Munir Álamo.

ANTECEDENTES: La hemorragia digestiva postoperatoria (HDP) de un bypass gástrico laparoscópico (BGL) es una complicación grave y que podría ser fatal. El sangrado digestivo tiene diferentes orígenes, entre ellos destacan: sangrado de la línea de sutura mecánica, la lesión visceral, la úlcera péptica, entre otros. Nuestro objetivo es lograr la reducción de la incidencia de hemorragia digestiva en el postoperatorio precoz a través del refuerzo de la sutura mecánica a nivel de la entero-entero anastomosis.

OBJETIVO: Evaluar la incidencia de hemorragia digestiva usando sobresutura de la línea de grapas a nivel de la entero-entero anastomosis en el BGL.

DISEÑO: Estudio retrospectivo.

MATERIALES Y MÉTODO: A través de una revisión de nuestra base de datos prospectiva, se analizaron 300 pacientes sometidos a BGL, operados entre Enero del 2008 y Diciembre 2012. En el primer grupo (n: 162) se realizó el refuerzo de toda la extensión de la línea de corchetes de la entero-entero anastomosis, con sutura continua con poliglecaprone 25 3-0 (Monocryl, Ethicon). En el segundo grupo (n:138), no se realizó refuerzo de la entero-entero anastomosis. En la totalidad de los pacientes se realizó un BGL ante cólico, con pouch de 30 ml, un asa biliopancreática de 50 cm., un asa alimentaria de 150 cm. y ambas anastomosis realizadas con sutura mecánica. Se comparó la incidencia de hemorragia digestiva, tiempo operatorio y estadía postoperatoria de ambos grupos y se efectuó un análisis estadístico descriptivo.

RESULTADOS: Los grupos no presentan diferencia estadística en cuanto a peso, estatura, índice de masa corporal, baja de peso, longitud de asas, tamaño de la anastomosis, tiempo operatorio, consumo de aspirina y género. En el primer grupo (con refuerzo), la incidencia de sangrado digestivo fue cero. En el segundo grupo, la incidencia de hemorragia digestiva fue de 5,8% (8 pacientes), la cual se manifestó por frecuentes deposiciones sanguinolentas, taquicardia y caída del hematocrito. Sólo un paciente requirió de transfusión de glóbulos rojos. La estadía postoperatoria se prolongó en 1 a 2 días en aquellos

pacientes que padecieron de sangramiento digestivo. No hubo mortalidad en la serie.

CONCLUSIONES: Nuestra serie demuestra un beneficio en el refuerzo de la línea de corchetes de la entero-entero anastomosis en el BGL con sutura por cuanto evitó el sangrado digestivo y sin un aumento significativo del tiempo operatorio.

2-PREVENCIÓN DE LA HERNIA INTERNA EN EL BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO.

AUTOR: Jorge Saba, Matías Sepúlveda, Jorge Zajjur, Ignacio Álvarez, Munir Álamo.

ANTECEDENTES: Las hernias internas son la causa más frecuente de obstrucción intestinal en pacientes sometidos a un bypass gástrico laparoscópico (BGL), y pueden tener un desenlace fatal si no son reconocidas a tiempo. La cirugía laparoscópica limita la formación de adherencias y favorece la movilidad libre de las asas intestinales y la posibilidad de desplazamiento de éstas a través de orificios herniarios creados por la propia cirugía. Los espacios potenciales de hernia incluyen: el defecto del mesocolon transverso en la técnica retro cólica, el espacio de Petersen y el defecto mesentérico de la entero-enterostomía. La incidencia de hernia de: Petersen oscila entre un 1-9%, del espacio mesentérico hasta un 21% y la transmesocólica hasta un 67%. Nuestro grupo compara 2 tipos de cierre de las brechas mesentéricas, y nuestra hipótesis se basa en que la técnica empleada en el cierre, es el factor más importante en la ocurrencia de esta patología.

OBJETIVO: Comparar dos tipos de cierre de brechas mesentéricas en el BGL.

DISEÑO: Estudio retrospectivo.

MATERIALES Y MÉTODO: Se obtuvieron datos de las fichas clínicas de 158 pacientes consecutivos, operados entre Agosto del 2007 hasta Enero del 2009, con al menos 24 meses de postoperatorio y se analizaron en forma retrospectiva. En la totalidad de los pacientes se realizó un BGL ante cólico, con un asa biliopancreática de 50 cm. y un asa alimentaria de 150 cm. En el primer grupo (n: 72) se utilizó un punto separado de poliéster 2-0 (Ethibond, Ethicon) para el cierre de ambas brechas. En el segundo grupo (n: 86) se utilizó un punto continuo de seda 2-0 (Mersilk, Ethicon) desde la base del espacio de Petersen hasta el colon transverso y un punto continuo con el mismo material para la brecha intermesentérica. El análisis estadístico fue descriptivo.

RESULTADOS: Los grupos no presentaron diferencia significativa en cuanto a peso, estatura, índice de masa corporal, baja de peso postoperatoria, longitud de asas y género. En el primer grupo, la incidencia de hernia de Petersen fue del 8,3% (6 pacientes) y en la brecha intermesentérica de 2,7% (2 pacientes); en solo 1 paciente se realizó resección intestinal por necrosis; todos los casos ocurrieron después de los 12 meses del BGL.

En el segundo grupo no hubo desarrollo de hernia interna. No hubo mortalidad en la serie.

CONCLUSIONES: Los espacios mesentéricos creados quirúrgicamente deben ser cerrados siempre. Son factores críticos la técnica y el material de sutura. Recomendamos utilizar sutura continua con material no absorbible como la seda.