

Caso Clínico

Gastrectomía vertical en el contexto de un síndrome adherencial grave.**Sleeve Gastrectomy in the context of a severe adhesion syndrome.**

Eduardo Delgado, Ricard Corcelles, Gabriel Diaz Del Gobbo, Antonio Maria De Lacy

Servicio de Cirugía Gastrointestinal. Hospital Clinic de Barcelona ✉ eddelgad@clinic.ub.es

Resumen: Presentamos el caso de un paciente obeso mórbido con importantes comorbilidades asociadas en el que, pese presentar un potencial síndrome adherencial grave, se plantea la cirugía bariátrica. Paciente de 47 años con IMC de 38 Kg/m². Hipertenso, diabético con altos requerimientos de insulina, dislipemia, SAOS en tratamiento con CPAP y trasplantado renal a raíz de una poliarteritis nodosa, actualmente con función correcta del injerto. Destaca el antecedente de una laparotomía exploradora por traumatismo cerrado, que actualmente presenta una eventración incisional en línea media. Colocamos el primer trocar en flanco derecho, tras realizar el neumoperitoneo con aguja de Veress en hipocondrio izquierdo, para evitar lesionar las asas adheridas en línea media. Introducimos bajo visión directa otro trocar en flanco derecho más bajo para llevar a cabo la liberación meticulosa con tijeras del colon e intestino delgado adherido en la línea media y posteriormente una Gastrectomía Tubular estándar sin incidencias. Concluimos que la gastrectomía tubular es una opción válida en casos de un síndrome adherencial grave en los cuales el bypass no es factible.

Palabras clave: Obesidad mórbida, Gastrectomía tubular laparoscópica, Cirugía bariátrica, Indicaciones, síndrome adherencial

Abstract: We present the case of a morbidly obese patient with important comorbidities, with possible severe adhesion syndrome, who program for bariatric surgery. Patient of 47 years with BMI of 38 Kg / m². Hypertensive, diabetic with high insulin requirements, dyslipidemia, SAOS in treatment with CPAP. Renal transplantation after polyarteritis nodosa, currently with good renal function. Previous exploratory laparotomy due to closed trauma, with current incisional hernia in the midline. We placed the first trocar on the right flank, after performing the pneumoperitoneum with Veress needle in the left hypochondrium, to avoid injuring the attached handles in the midline. We introduced under vision another trocar on the lower right flank to carry out the meticulous release with scissors, of the colon and small intestine adhered in the midline, and later a standard Sleeve Gastrectomy without incidences. We conclude that tubular gastrectomy is a valid option in cases of severe adhesion syndrome in which the bypass is not feasible.

Keywords: Morbid obesity, Laparoscopic Sleeve Gastrectomy, Bariatric surgery, Indications, adherence syndrome

Introducción

La cirugía de la obesidad está experimentando importantes cambios durante la última década. El Bypass Gástrico (BG) laparoscópico ha pasado de ser una alternativa quirúrgica más, a convertirse prácticamente en el gold standard de la cirugía de la obesidad¹.

La Gastrectomía Vertical (GV), inicialmente solo estaba indicada para pacientes superobesos, como técnica bariátrica puente al BG². Recientemente se está extendiendo su indicación como procedimiento único³, dado que aporta simplicidad, seguridad y eficacia, con un tiempo quirúrgico aceptable y una baja tasa de complicaciones perioperatorias⁴.

Debido al aumento exponencial de intervenciones bariátricas realizadas en los últimos años⁵, es cada vez más frecuente encontrarnos ante pacientes obesos en los que la indicación de un BG puede ser controvertido, como son aquellos con cirrosis hepática, enfermedad inflamatoria intestinal, adherencias intrabdominales o un lóbulo hepático izquierdo de gran tamaño⁶. En estos casos la GV puede estar indicada.

El caso que presentamos es el de un paciente con obesidad mórbida e importantes comorbilidades asociadas en el que, pese presentar un potencial síndrome adherencial, se plantea la cirugía bariátrica.

Material y método:

Se trata de un paciente obeso de 47 años con IMC de 38 Kg/m². Asocia múltiples comorbilidades, destacando hipertensión arterial con necesidad de 3 fármacos para su control, diabetes mellitus tipo 2 con altos requerimientos de insulina (30UI/día), dislipemia y SAOS en tratamiento con CPAP. Trasplantado renal por insuficiencia renal crónica a raíz de una poliarteritis nodosa, actualmente con inmunosupresores y función correcta del injerto. Como antecedente quirúrgico, a raíz de un accidente de tráfico con traumatismo cerrado hace años, se le realizó una laparotomía exploradora de urgencia, sin necesidad de resección intestinal.

El paciente antes de la intervención, como es habitual en nuestro centro⁷, fue valorado por un equipo multidisciplinario que comprende un endocrinólogo, dietista, un anestesiista, un psicólogo y un cirujano bariátrico. El paciente niega clínica de reflujo gastroesofágico. Destaca a la exploración física una gran eventración incisional en línea media. Una evaluación preoperatoria completa, incluyendo la endoscopia superior y ecografía abdominal. La fibrogastroscofia excluye una hernia de hiato, observándose una mucosa sin alteraciones aparentes y tomándose biopsias que descartan la presencia del *Helicobacter pylori*. La ecografía describe esteatosis hepática, sin otros hallazgos patológicos. El riesgo preanestésico es clasificado como ASA III.

Resultados

La técnica quirúrgica se lleva a cabo con el paciente en decúbito supino. El cirujano situado entre las piernas del paciente y un ayudante a cada lado. Se utilizan 4 trócares de 12mm: epigastrio, periumbilical y ambos flancos. Y dos de 5mm, epigástrico y flanco izquierdo lateralizado.

Neumoperitoneo con aguja de Veress en hipocondrio izquierdo. Comprobamos previamente a colocar el primer trocar en flanco derecho, que no hay asas adheridas aspirando con una aguja fina. Introducimos la cámara observando un plastrón de asas y colon transversal adheridos a pared abdominal, coincidiendo con la eventración. Introducimos bajo visión directa otro trocar en flanco derecho más bajo para llevar a cabo la adhesiolisis meticulosa con tijeras. Despejamos el campo quirúrgico y colocamos el resto de trocares bajo visión directa.

Continuamos con el procedimiento estándar de la GV8. El ayudante tira del ligamento gastrocólico, exponiendo el límite de la curvatura mayor gástrica y permitiendo abrir la transcavidad. Resaltar la liberación de las adherencias en la pared posterior gástrica. Es esencial la coordinación entre cirujanos para lograr una correcta exposición del campo quirúrgico, sobretodo al separar el estómago del pilar izquierdo. Seccionamos por medio de cargas mecánicas toda la curvatura gástrica, tutorizada por una sonda gástrica de 35Fr, desde unos 5cm del píloro hasta llegar a 1cm del ángulo de His con el fin de evitar las posibles fugas. Finalizamos colocando puntos sueltos de la tubulización gástrica al epiploon para asegurar la hemostasia y prevenir la torsión del tubular. Tras dejar el campo quirúrgico limpio se decide no dejar drenaje, pese a lo laborioso de la cirugía. El paciente fue dado de alta a los dos días sin incidencias.

Conclusiones

La Gastrectomía Vertical es una técnica válida en algunos casos⁹, como puede ser un síndrome adherencial, en los cuales el Bypass Gástrico no es factible.

En casos como el descrito previamente, es importante tener una estrategia de abordaje a la cavidad abdominal y extremar las medidas de precaución para evitar lesiones durante la cirugía.

La GT está siendo muy utilizada durante los últimos años, si bien, es necesaria una mayor evidencia sobre resultados a largo plazo, que nos marcaran en qué casos está indicada dicha técnica restrictiva¹⁰.

Bibliografía

1. Nguyen NT, Masoomi H, Magno CP, Nguyen XMT, Laugenour K, Lane J. Trends in use of bariatric surgery, 2003-2008. *J Am Coll Surg.* 2011;213(2):261-266. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2011.04.030.
2. Cottam D, Qureshi FG, Mattar SG, et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy as an initial weight-loss procedure for high-risk patients with morbid obesity. *Surg Endosc Other Interv Tech.* 2006;20(6):859-863. doi:10.1007/s00464-005-0134-5.
3. Tucker ON, Szomstein S, Rosenthal RJ. Indications for sleeve gastrectomy as a primary procedure for

weight loss in the morbidly obese. *J Gastrointest Surg.* 2008;12(4):662-667. doi:10.1007/s11605-008-0480-4.

4. Franco JVA, Ruiz PA, Palermo M, Gagner M. A review of studies comparing three laparoscopic procedures in bariatric surgery: Sleeve gastrectomy, roux-en-y gastric bypass and adjustable gastric banding. *Obes Surg.* 2011;21(9):1458-1468. doi:10.1007/s11695-011-0390-5.

5. Gagner M, Deitel M, Erickson AL, Crosby RD. Survey on laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) at the fourth international consensus summit on sleeve gastrectomy. *Obes Surg.* 2013;23(12):2013-2017. doi:10.1007/s11695-013-1040-x.

6. Li J, Lai D, Wu D. Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass Versus Laparoscopic Sleeve Gastrectomy to Treat Morbid Obesity-Related Comorbidities: a Systematic Review and Meta-analysis. *Obes Surg.* 2015;1-14. doi:10.1007/s11695-015-1996-9.

7. Lacy A, Ibarzabal A, Obarzabal A, et al. Revisional surgery after sleeve gastrectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2010;20(5):351-356. doi:10.1097/SLE.ob013e3181f62895.

8. Kueper MA, Kramer KM, Kirschniak A, Königsrainer A, Pointner R, Granderath FA. Laparoscopic sleeve gastrectomy: Standardized technique of a potential stand-alone bariatric procedure in morbidly obese patients. *World J Surg.* 2008;32(7):1462-1465. doi:10.1007/s00268-008-9548-2.

9. Corcelles R, Lacy A. Diabetes special issue Case for sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis.* 2016;12(6):1243-1246. doi:10.1016/j.soard.2016.02.032.

10. Angrisani L, Santonicola A, Iovino P, Formisano G, Buchwald H, Scopinaro N. Bariatric Surgery Worldwide 2013. *Obes Surg.* 2015;25(10):1822-1832. doi:10.1007/s11695-015-1657-z.