

Conversión laparoscópica de derivación gástrica a bilio-pancreática por pérdida insuficiente de peso. Vídeo

Rafael Bou, Marcelo Bengochea, Carlos Serra, Nieves Pérez, Aniceto Baltasar

Servicio de Cirugía General. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante. España.

Recibido 2011.07.20 Aceptado 2011.10.08

La derivación gástrica en Y-de-Roux (**DGYR**) es una muy buena operación para la obesidad mórbida y la necesidad de su conversión a derivación biliopancreática (DBP) [1-5] es infrecuente. Un mayor componente hipo absorbivo se puede conseguir con un DGYR distal o bien una derivación Bilio-pancreática (**DBP**). La conversión de DGYR a cruce duodenal es muy compleja, y requiere hasta 7 anastomosis [6]; y alguna de ellas, como la gastro-gástrica, de gran riesgo. Marchesini [1-4] de Curitiba, Brasil propone la conversión de DGYR a DBP por laparoscopia, de una forma simple y efectiva.

Palabras claves: Derivación Gástrica a biliopancreática; Insuficiente pérdida de peso

El vídeo muestra los pasos de dicha intervención

<http://www.youtube.com/watch?v=QVruqWChzNQ&feature=related>

Ver figuras:

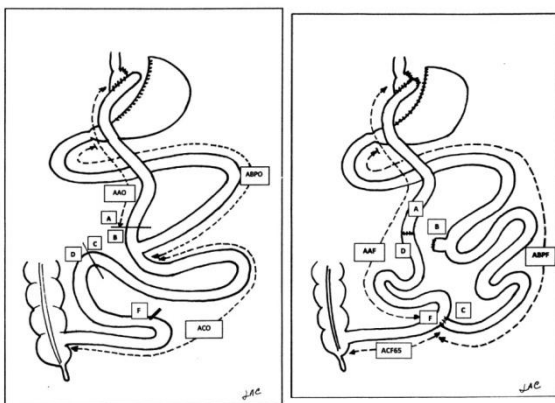


Fig. 1-2. Medidas de asas intestinales 1) pre-op 2) Post-op

Rafael Bou ✉ rboup@terra.es
Hospital "Virgen de los Lirios"
0304-Alcoy. Alicante. España

Fig. 1. Tenemos un Asa Común Original (ACO) muy larga y un Asa Alimentaria Original (AAO) muy corta de 180 cm.

Dividimos entre A y B. A partir del punto C vamos a añadir 55 cm (de D a F) para hacer una Asa Alimentaria Final (AAF) de 180 +55 cm que serán en total 235 cm. Hay de ese modo un alargamiento del AAF.

La nueva ACF (final) empieza en la Válvula Ileo-cecal (VIC) y llega al punto F a 65 cm desde la VIC. Desde el punto F al D vamos a medir 55 cm. Proximales (de la AC previa) que serán los que añadimos al AAO. Lo que se acorta es el AC, pues antes era muy largo desde la Y-de-Roux hasta la VIC.

Fig. 2. La nueva Asa Biliopancreática Final (ABPF) sufre también un alargamiento significativo pues pasa a ser Asa Bilio-pancreática Original (ABPO) añadiendo desde el punto B al C.

Técnica

Posición francesa (piernas separadas y 3 cirujanos). Se utilizan 5 trocares todos supra umbilicales: 1) Trocar de trabajo de 12 mm en línea mamaria derecha; 2) La cámara de 10 mm, en línea media; 3-4) dos subcostales derecho e izquierdo de 5 mm. en las líneas axilares anteriores y 5) Uno de 5 mm. en línea mamaria izquierda.

Pasos operatorios:

1º) Se mide el Asa Alimentaria Original (AAO) hasta su unión con la Y de Roux (fig.1A), se divide con grapadora lineal y se "marca" con 3 clips.

2º) Los cirujanos cambian de posición a la cabecera del paciente y el paciente pasa a posición de Trendelenburg

- se identifica la unión ileocecal (UIC)
- Se lleva cabo apendectomía con grapadora lineal
- Se va midiendo en tramos de 5 cm (no de 10 cm que pueden lesionar el intestino) para delimitar el nuevo Asa Común Final (ACF) desde UIC y se marca con un clip distal y 2 proximales (punto F)

- Se continúa midiendo de forma aboral 55 cm., la longitud necesaria (punto D) para que añadidos al AAO obtener el Asa Alimentaria Final (AAF) de 235 cm.
- El Asa Biliopancreática Final (ABPF) tiene 2 segmentos, el Asa Bilio-pancreática Original (ABPO) o primitiva y la parte aboral del ACO (desde B hasta C)
- El final de la ABPF se une termino-lateral al ACO a 65 cm de la VIC con sutura continua de PDS y se cierra el defecto mesentérico.

Las anastomosis se hacen manuales con PDS continuo con dos agujas. Una para la pared posterior y otra para la anterior. Se cierran ambos defectos mesentéricos y el trocar de trabajo #12 también se cierra con sutura de Maxon (Prolene) para evitar hernias de pared. No se dejan drenajes.

Caso Clínico

Mujer de 19 años, IMC - 49, operada en 1999 por DGYR laparoscópico y, a los 2 años, bajó a un IMC - 28 y el porcentaje de IMC perdido (%PEIMC) era del 72%, pero en el año 2007 había ganado peso hasta un IMC de 39. Es reoperada por laparoscopia el 2007 y se divide AAO a 180 cm del estómago.

Se crea ACF de 65 cm y se alarga el AAO con los 55 cm aborales del ACO, formando así un AAF de 235 cm. Ambas anastomosis se hicieron de forma manual con sutura continua. Alta al segundo día. A los 9 meses tiene un IMC de 29, y un %PEIMC del 77%.

Se hizo la misma intervención a otros 3 pacientes y todos tuvieron resultados altamente satisfactorios, y con pérdidas adicionales >58% del %EIMCP. Una paciente hizo sin embargo una desnutrición calórica-proteica, al año, que necesitó una corrección de L-L “en beso” que resolvió su problema.

Discusión

La DGYR es eficaz en la obesidad mórbida y tiene malos resultados ponderales a largo plazo en un 15% de los pacientes.

Fobi [6] demostró que la revisión a una DGRY proximal a una DGRY distal no daba buenos resultados pues la mayoría tuvo complicaciones de desnutrición y necesitaron reconversión.

La conversión de DGYR a un cruce duodenal es extremadamente compleja y de alto riesgo. Parikh [9] la realizó por vía laparoscópica. Primero se desconecta la anastomosis gastro-duodenal y se crea una Gastrectomía Vertical (tubo gástrico o Gastric Sleeve) y luego se hace la DBP /Cruce. Se puede estadiar ésta intervención dependiendo del tiempo que se vaya tardando en hacer la primera fase.

Hay que hacer 4 nuevas anastomosis (gastro-gástrica, duodeno-ileal, íleo-ileostomía y yeyuno-yeyunostomía)

haciendo de éste procedimiento el más complejo de toda la cirugía bariátrica. Sin embargo, los autores no tiene en cuenta que hay 5 líneas de grapas o suturas adicionales: la vertical del tubo gástrico (manga), el cierre de la yeyunostomía previa del brazo de la Y-de-Roux, de la T-L intestino delgado de la duodeno-ileal y por fin el cierre transversal del final de la anastomosis yeyuno-ileal. Pudieron completar la operación en 7 pacientes en una sola operación, la original, y 5 casos en estadios. Para las gastrectomías usaban una grapadora circular de 25 mm. No hubo muertes ni fugas.

Nosotros [10] hicimos ésta intervención de DGYR a DBP/CD por vía abierta en 5 casos, 2 de ellos sufrieron fugas, con alta morbilidad y al final con muy buenos resultados ponderales.

Marchesini describe la conversión de BGYR a DBP tipo Scopinaro (pues el CD no es factible por la resección de cuerpo y antro) por laparoscopia, con lo que él llama técnica KISS “keep it simple stupid” (“hazlo fácil estúpido”) para conseguir una recuperación rápida.

El reservorio gástrico debe ser pequeño y retirar la anilla de la DGYR si la tuviera para evitar demasiada restricción, como tuvo Fobi [6] en sus conversiones de proximal a distal. Hay que vigilar la desnutrición calórico-proteínica y, si aparece, corregirla de forma temprana.

Se expone una técnica útil, fácil y segura de conversión, en pacientes con malos resultados ponderales, en una alternativa de remedio, de BPG a BPD con medidas intestinales normales del cruce duodenal.

Bibliografía

1. Marchesini JB, Marchesini JC. Insucesso terapeutico, complicações tardias e reoperações. En: Garrido AB, editor. Cirurgia da Obesidade. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 227-44.
2. Pareja J, Pilla VF, Callejas Neto F, Coelho-Neto JS, Chaim EA, Magro D. Gastroplastia redutora com bypass gastro-jejunal em Y-de-Roux: conversão para bypass gastrointestinal distal por perda insuficiente de peso – experiencia em 41 casos. ArqGastroenterol.2005; 42:196-200.
3. Marchesini JB. Duodenal switch and re operative surgery. En: Pitombo C, editor. Obesity Surgery – Principles and Practice. New York: McGraw-Hill; 2008.
4. Fobi MA, Lee H, Igwe D, Felahy B, James E, Dtanczyk M, et al. Revision of failed gastric bypass to distal Roux-en-Y gastric bypass. A review of 65 cases. Obes Surg. 2001; 11:190-195.
5. Parikh M, Pomp A, Gagner M. Laparoscopic conversion of failed gastric bypass to duodenal switch: technical considerations and preliminary outcomes. SOARD 2007; 3: 611 –618.
6. Baltasar. Letter to the Editor. Surgery for Obesity and Related Diseases 4 (2008) 210–211