

Gastrectomía Vertical Laparoscópica en pacientes con cirugía mayor abdominal previas

Manolo Cortez, Glenda Herrera, Adrián Rubinof

Centro Integral de Obesidad y Enfermedades Metabólicas. CIOMET. Hospital Metropolitano, Quito.Ecuador.

Recibido 2011.08.09, Aceptado 2011.09.13

RESUMEN: Se reportan cinco casos de pacientes con cirugías abdominales previas consideradas como cirugías mayores, no relacionadas al tratamiento de la obesidad. 1) Mujer con cáncer de recto y cirugía de Miles; 2) Mujer con múltiples laparotomías.

Manolo Cortez Uquillas ✉ cortez@hmetro.med.ec
Avda. San Gabriel y Nicolás Arteta s/n
Torre Médica 1 Hospital Metropolitano, P baja 1-2
Tel: (593 2) 2269827-(593 2) 2262221 – (593 9) 9936891

Introducción

Muchas áreas de la medicina se hallan cada vez más comprometidas a estudiar y establecer métodos de control de la obesidad y sus repercusiones. En el campo de la cirugía se investiga al mismo ritmo que esta enfermedad afecta a un sector creciente y diverso de las sociedades actuales en todo el mundo.

Presentamos cinco casos de pacientes con cirugías abdominales mayores previas, no relacionadas al tratamiento de la obesidad. En todos ellos se realizó una gastrectomía vertical laparoscópica, con tutor intragástrico, de manera exitosa.

3) Hombre con esplenectomía por trauma. 4) Mujer con laparotomía por tumor del retroperitoneo y nefrectomía derecha. 5) Hombre con antecedente de fístula pancreática por cirugía de Whipple. En todos ellos se realizó gastrectomía vertical (GVL) como tratamiento para su obesidad, efectuadas íntegramente por vía laparoscópica.. Conclusión: El antecedente de cirugías abdominales previas, consideradas como mayores, no ha sido obstáculo para la realización de gastrectomía vertical por vía laparoscópica.

PALABRAS CLAVE: Cirugía previa abdominal mayor; Obesidad; Gastrectomía vertical; Manga gástrica.

Casos Clínicos:

#1. Mujer de 24 años, IMC-45.5 sin comorbilidades. Colostomía permanente por cáncer de recto por neoplasia rectal 6 años antes. Quimioterapia y radioterapia coadyuvantes, sin evidencia actual de actividad tumoral.

#2. Mujer de 56 años, IMC-40.6. Varices y reflujo gastroesofágico (RGE).Colecistectomía y apendicetomía convencionales. Laparotomía para histerectomía y lisis de adherencias. Dos reparaciones de hernias incisionales.

#3. Varón de 36 años, IMC-33.4 sin comorbilidades. Laparotomía por trauma abdominal contuso y esplenectomía diecinueve años atrás.

#4. Mujer de 28 años, IMC-32. Tres cirugías abdominales consecutivas cinco años atrás: laparotomía por tumor benigno del retro peritoneo, nefrectomía derecha como donante para trasplante y apendicetomía. RGE.

#5. Varón de 58 años, IMC-32.6. Fumador crónico, hipertenso,

hiperuricemia, dislipidemia e hipotiroidismo. Procedimiento de Whipple cuatro años antes, por una masa inflamatoria en la cabeza del páncreas, a través de una incisión subcostal bilateral de Chevron. La resección abarcó la cabeza del páncreas, duodeno desde la primera porción, manteniendo el píloro; tercios media y distal de la vía biliar principal. El estómago fue conservado en su totalidad y la reconstrucción fue hecha con una sola asa de yeyuno (sin Y de Roux), como muestra la fig. 1. En el postoperatorio temprano de esa cirugía desarrolló una fistula pancreático-cutánea que cerró espontáneamente después de 6 meses.

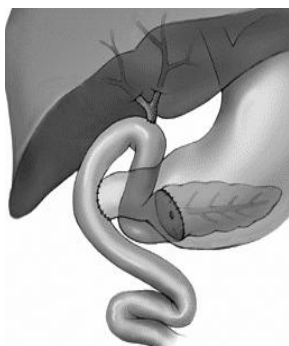


Fig. 1. Reconstrucción en una sola asa tras pancreato-duodenectomía. Anastomosis T-T en el cuerpo del páncreas; T-L en el conducto hepático y T-L en el píloro.

Método:

El procedimiento elegido para todos fue una gastrectomía vertical en manga laparoscópica. Se realizaron los estudios preoperatorios de rutina y evaluaciones con los distintos especialistas de nuestro equipo. Se posiciona al paciente en Trendelenburg inverso con brazos y piernas separadas, sus piernas son envueltas en botas neumáticas de compresión secuencial para provocar masaje venoso profundo con fines antiembólicos así como el uso de anticoagulantes y antibióticos profilácticos que son medidas usuales en el periodo preoperatorio.

Utilizamos los trocares no cortantes, Xcel TM Bladeless de J&J, al primero se lo coloca supraumbilical bajo visión directa y se realiza el neumoperitoneo, en alguno de estos casos no fue posible ingresar con el laparoscopio por el puerto supraumbilical habitual debido a adherencias hacia la pared anterior; en ellos se decidió abordar por el cuadrante superior izquierdo a través de una incisión subcostal alta de 12mm. Se liberaron las adherencias del espacio supramesocólico mediante una técnica cuidadosa utilizando el bisturí armónico para poder introducir el resto de trocares (fig. 2). Ocasionalmente podemos necesitar la ayuda de otro u otros trocares que permitan una mejor posición para la disección de las adherencias. En algunos casos, la liberación de las adherencias produce un sangrado que no requiere más que un manejo con gasas para conseguir una correcta hemostasia.



Fig. 2. Posición de los trocares en el paciente con antecedente de cirugía anterior. Nótese la cicatriz de la cirugía previa.

La disección debe abarcar la curvatura mayor del estómago, dividiéndose los vasos gastroepiploicos, vasos cortos del ligamento gastroesplénico y vasos retrogástricos. Proximalmente debe quedar bien identificada la unión esófago-gástrica y el pilar izquierdo del diafragma. Especial cuidado merece la parte final de esta disección para evitar lesionar el último vaso corto que une el estómago con el bazo y evitar también una lesión de la masa esplénica ya que esto puede ser causa de sangrado, en ocasiones difícil de resolver por la retracción que experimentan los vasos al ser cortados.

Distalmente habrán de dividirse los vasos gastroepiploicos a una distancia de 2 ó 3 centímetros proximales al píloro. Es necesario revisar las adherencias de la cara posterior del estómago, esto permite que se realice una sección gástrica adecuada, evitando dejar parte del fondo gástrico; para ello utilizamos una maniobra que la hemos denominado “maniobra de pared”, que consiste en levantar completamente al estómago desde la curvatura mayor para poder realizar la sección de las adherencias desde la parte inferior hasta la superior y evidenciar la liberación completa del estómago. Hecho esto, se introduce el tutor 36 F (bougie) por la boca, adosado a la curvatura menor hasta el esfínter pilórico.

Utilizamos cargas para endograpadora lineal *Echelon 60™ J&J* para cortar el estómago. En el cuarto paciente se inició la división a 6cm del píloro debido a que por las adherencias fue imposible realizar un disección más proximal. La Tabla I muestra la cantidad y tipo de cargas empleadas en cada caso. Recomendamos no abarcar todo el estómago con el último disparo, al contrario, dejamos una pequeña parte de tejido gástrico para constatar que la carga abarque completamente la parte final e incluso deje grapas libres de tejido para asegurar una cobertura completa que, pensamos disminuirá la incidencia de fistulas a ese nivel. Se recomienda realizar un refuerzo de la línea de grapado con sutura de *Prolene™ 2/0* continua de la serosa.

CARGAS	□CASO 1	□CASO 2	□CASO 3	□CASO 4	□CASO 5
45/3.5mm			3		
45/3.8mm					8
60/3.5mm	4		3	5	
60/3.8mm		3			
60/4.1mm	1	1			
TOTAL	5	4	6	5	8

Tabla I. Cargas empleadas en cada caso, con tamaño en mm.

Rutinariamente dejamos un drenaje JP. En ningún caso se realizaron pruebas tras operatorias para comprobación de la sutura. La fig. 3 presenta el segmento de estómago resecado de uno de los pacientes.



Fig. 3. Segmento resecado que corresponde al 75-80% del tamaño del estómago.

La recuperación en todos los casos estuvo dentro del tiempo habitual visto en otros pacientes de manga. Se da asistencia para la deambulación temprana a las 3 horas. Los pacientes empiezan a tomar líquidos el día siguiente de la cirugía. Los cinco fueron dados de alta a las 48 horas con dieta líquida. Comúnmente se retira el dren al segundo o tercer días posteriores a la cirugía. La fig. 4 muestra un control radiográfico postoperatorio normal.



Fig. 4. Contraste oral que muestra la morfología de la manga a 6 meses de la cirugía.

Discusión:

Un factor a tomarse en cuenta ante la indicación de una cirugía abdominal es el antecedente de intervenciones previas.. Con cierta frecuencia los pacientes fueron sometidos a procedimientos abdominales. No obstante poco se ha escrito sobre cirugía bariátrica en abdomen previamente operado por otras causas no relacionadas a obesidad. Existen reportes de casos por re intervenciones en cirugía bariátrica por pérdida de peso insuficiente o por re ganancia [1].

Con mayor frecuencia si la cirugía inicial consistió en algún procedimiento restrictivo tal como la gastroplastia vertical y la banda ajustable [1,3]. La opción de re intervenir para revisión o conversión a otra técnica ha demostrado buenos resultados [5,13].

Varios autores optan por convertir una cirugía únicamente restrictiva a una con componente mixto [1,5,6,10, 12]. La derivación gástrica (DG) suele considerarse como primera elección [5,6] sin mayores dificultades técnicas, a pesar de las obvias variaciones en la anatomía digestiva o adherencias de distinta magnitud.

En marzo de 2007 publicamos 150 casos con GV [4], 8% tenía una cirugía restrictiva simple previa (7% banda ajustable y 1% gastroplastia vertical tipo Mason).

En septiembre de 2008 sumaron 231 pacientes operados, 47.6% tuvieron alguna cirugía abdominal previa. Todos ellos mostraron una buena recuperación y los resultados progresivos hasta 12 meses fueron comparables a los casos en que la manga gástrica se hizo como procedimiento primario [2,4]. La Tabla II muestra la proporción de pacientes con cirugías previas de nuestra casuista.

Hemos presentado distintos casos con una o más cirugías abdominales previas mayores en los cuales las dietas, los planes de ejercicio y los fármacos no consiguieron el objetivo impuesto. Por este motivo nos enfrentados a un reto particular, desde el punto de vista técnico, al plantearnos una cirugía como medida definitiva.

En el caso del paciente con antecedente de pancreatoduodenectomía es de importancia anotar que mantenía la integridad del estómago. Esto nos permitió escoger a la GVL como la mejor alternativa, conociendo además que el tránsito intestinal guardaba patrones fisiológicos y anatómicos casi normales. Por conservar el píloro intacto y al no haber Y de Roux, anticipamos una evolución similar a la de otros pacientes operados de GVL.

Cirugía	N°	%
Banda gástrica	24	10.38
Gastroplastia vertical	1	0.43
Colecistectomía	9	3.89
Apendicetomía	14	6.06
Cesárea (una o más)	18	7.79
Cirugía Ginecológica	12	5.19
Más de un procedimiento	28	12.12
Resección de tumor retroperitoneal	1	0.43
Cirugía de Whipple	1	0.43
Esplenectomía	1	0.43
Cirugía de Miles	1	0.43
TOTAL	110	47.61

Tabla II. Pacientes con cirugías previas.

Uno de los principales obstáculos, en todos los casos, parecía la vía de acceso. Esta situación se demuestra que fue manejada sin dificultades.

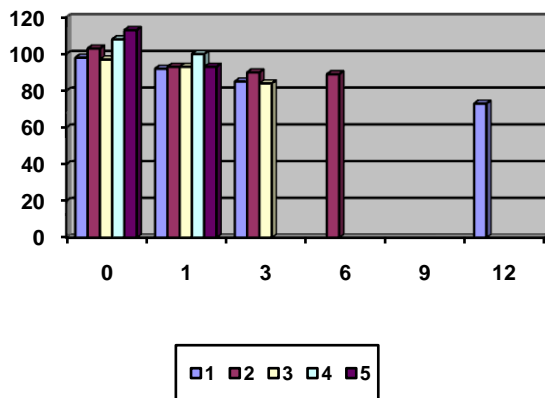


Tabla III. Las barras corresponden a cada paciente identificadas por colores en orden secuencial. En el eje vertical se muestra el peso en Kg y en el horizontal la evolución a 1, 3, 6, 9 y 12 meses seguimiento. El primer paciente ha completado 12 meses de seguimiento.

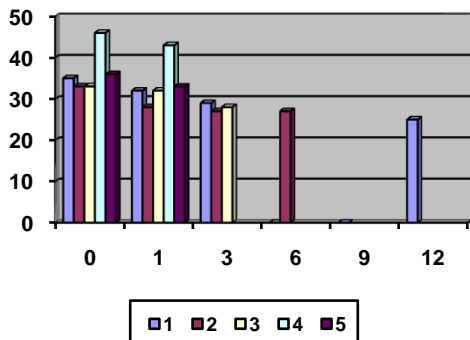


Tabla IV. Evolución del IMC de cada paciente. El eje vertical corresponde al IMC en kg/m² y el horizontal al tiempo en meses.

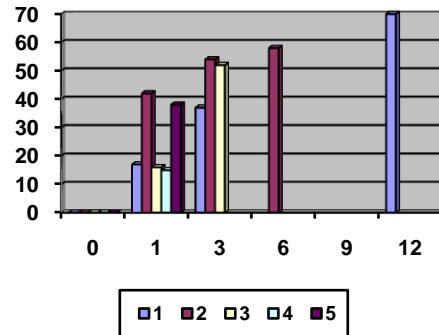


Tabla 5. PSP de cada paciente, mostrada en el eje vertical, en relación a la evolución en meses en el eje horizontal.


La recuperación postoperatoria estuvo vigilada por nuestro equipo multidisciplinario, sin presentaron complicaciones inmediatas. La evolución fue totalmente satisfactoria en los cinco. El seguimiento más largo corresponde al primer paciente con 12 meses de control sistemático. Las tablas III a V presentan la evolución postoperatoria del peso, el IMC y el PSP, en cada caso, respectivamente.

Conclusión

La GVL ha demostrado ser un procedimiento restrictivo efectivo [2] en pacientes con distinto grado de obesidad asociada o no a comorbilidades. Por ser una técnica relativamente sencilla constituye una alternativa en pacientes que han tenido cirugías abdominales previas, inclusive con alteraciones significativas de la anatomía digestiva, como es el caso de la pancreatoduodenectomía en la cual la conservación del píloro no parece afectar la sobrevida en cáncer comparado con otras técnicas [7, 8,9]. Sin embargo la ventaja de preservar el píloro parece quedar demostrada por la mejor recuperación nutricional a largo plazo, menor incidencia de úlceras anastomóticas y facilidad de acceso para posteriores intervenciones como procedimientos bariátricos restrictivos o mixtos. La existencia de cirugías abdominales mayores previas fue obstáculo para la realización de GVL.

Bibliografía:

1. Westling A, Öhrvall M and Gustavsson S. Roux-en-Y gastric bypass after previous unsuccessful gastric restrictive Surgery. Journal of Gastrointestinal Surgery. 2002; 206-211
2. Cortez M, Torres M, Herrera G, Zapata G, Monge B, Salazar J. Gastrectomía vertical en manga laparoscópica: Análisis de los primeros ciento

- cincuenta casos. *Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica* 2007; 8(3):122-127
3. Mognol P, Chosidow D and Marmuse J. Laparoscopic Sleeve Gastrectomy as an Initial Bariatric Operation for High-Risk Patients: Initial Results in 10 Patients. *Obesity Surgery* 2005; 15(7):1030-1033
 4. Cortez M, Torres M, Herrera G. Gastrectomía vertical en manga. *Cirugía bariátrica laparoscópica, técnicas y complicaciones*. 2006
 5. Vassallo C, Andreoli M, La Manna A and Turpini C. 60 Reoperations on 890 patients after gastric restrictive surgery. *Obesity Surgery* 2001; 11(6): 752-75
 6. Gawdat K. Bariatric re-operations: are they presentable. *Obesity Surgery* 2000; 10(6):525-529.
 7. Belli L, Riolo F, Romani F, Baticci F, Rossetti O and Puttini M. Pylorus preserving pancreaticoduodenectomy versus Whipple procedure for adenocarcinoma of the head of the pancreas. *HPB Surgery* 1989; 1:195-200
- OA  octubre 2011
8. Di Carlo V, Zerbi A, Balzano G and Corso V. Pylorus-preserving Pancreaticoduodenectomy versus Conventional Whipple Operation. *World Journal of Surgery* 1999; 23(9):920-925
 9. Zerbi A, Balzano G, Patuzzo R, Calori G, Braga M, Di Carlo V. Comparison between pylorus-preserving and Whipple pancreaticoduodenectomy. *British Journal of Surgery* 2005; 82(7):975-979
 10. Nguyen N. Reoperations and Revisions in Bariatric Surgery. *Surgical Endoscopy* 2007; 21(11):1907-1908
 11. Sarr M. Re operative Bariatric Surgery. *Surgical Endoscopy* 2007; 21(11):1909-1913
 12. Higa K, Boone K, Nimeri A, Tercero F, Jackson A and Khan A. Gastric bypass: increased restriction for poor weight loss. *Surgical Endoscopy* 2007; 21(11):1922-1923
 13. Gagner M and Gumbs A. Gastric banding: Conversion to sleeve, bypass, or DS. *Surgical Endoscopy* 2007; 21(11): 1931-1935