CIR ESP. 2017;95(Espec Congr):991

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

V-031 - ERCP TRANSGÁSTRICA LAPAROSCÓPICA TRAS BY PASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX

Martínez de Paz, Fernando; Gil Rendo, Aurora; Menchén Trujillo, Bruno Juan; Alberca Páramo, Ana; Núñez Guerrero, Paloma; Picón Rodríguez, Rafael; Sánchez Forero, Juan Alberto; Martín Fernández, Jesús

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Resumen

Introducción: El aumento en las tasas de sobrepeso, junto con el desarrollo de las técnicas mínimamente invasivas, ha propiciado el incremento de los procedimientos quirúrgicos bariátricos en todo el mundo. El by pass gastroyeyunal laparoscópico en Y de Roux es la técnica más comúnmente aceptada (45% de los casos). Debido al cambio de la anatomía endoscópica que ocasiona, se hace necesario el cambio de planteamiento en el tratamiento de las lesiones gastroduodenales en general, y de la litiasis de la vía biliar principal en particular. Presentación de nuestra técnica quirúrgica para el tratamiento de la litiasis de la vía biliar en pacientes intervenidos de by pass gástrico.

Caso clínico: Mujer de 47 años de edad con antecedentes de by pass gástrico en Y de Roux laparoscópico proximal (IMC 40, asa alimentaria 100 cm). Dos cesáreas. Valorada en consultas por molestias epigástricas no irradiadas de 1,5 meses de evolución. Sensación subjetiva de distensión abdominal. Exploración: peso 60,9. IMC 24. Cicatrices de cirugía previa, continentes. Abdomen sin hallazgos. Perfil hepático: FA 161. GGT: 112. ECO: Vesícula biliar con paredes finas y múltiples imágenes hiperecogénicas compatibles con colelitiasis múltiple. Colédoco de 6,5 mm sin claro contenido en su interior. CRMN: vía biliar intra y extrahepática de calibre normal. Defecto de repleción a nivel de papila sugestivo de molde de barro biliar. EDA: Sin hallazgos. Procedimiento quirúrgico: abordaje laparoscópico con 4 trócares, 11 mm supraumbilical, 15 mm LMC izquierda, 5 mm LMC derecha y 5 mm HCD. Realizamos disección de triángulo de Calot y cateterización de conducto cístico para estudio colangiográfico intraoperatorio del árbol biliar. Se realiza gastrostomía e inserción del trócar de 15 mm en luz gástrica con ajuste en bolsa de tabaco. Se inicia el abordaje endoscópico mediante duodenoscopio de visión lateral a través del puerto de 15 mm. Colangiografía retrógrada que demuestra la existencia de defecto de repleción menor de 1 cm en colédoco medio. Con asa de diatermia se procede a esfinterotomía y arrastre con sonda de Fogarty según técnica habitual.

Discusión: El 10-36% de pacientes intervenidos de by pass desarrolla colelitiasis. Un 30-40% llegan a ser sintomáticos. Se ha propuesto el abordaje endoscópico transgástrico para la realización de CPRE terapéutica. Esta vía de abordaje aporta la posibilidad de realizar laparoscopia exploradora para diagnóstico y tratamiento de otras posibles causas de dolor abdominal como la hernia interna, demostrando ser superior en términos de tasa de éxito terapéutico frente al abordaje tradicional

(100% vs 60%). El índice de complicaciones es similar a la ERCP peroral (pancreatitis, sangrado), añadiendo potencialmente otros tales como dehiscencia de gastrostomía o infección de herida. La ERCP transgástrica laparoscópica es una técnica efectiva y segura, con baja morbilidad en pacientes con coledocolitiasis y reconstrucción en Y de Roux. Requiere una importante coordinación entre el equipo quirúrgico y de endoscopistas. Podría ser una técnica de utilidad en el manejo endoscópico diagnóstico y terapéutico de pacientes bariátricos con patología gastroduodenal, disfunción de esfínter de Oddi, evaluación de masa pancreática, pólipos duodenales, sangrado gastrointestinal o fístula biliar poscolecistectomía.

0009-739X © 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados