



Cirugía Española

CIRUGÍA
ESPAÑOLA

Volumen 92, Especial Congreso, Noviembre 2014

30 Congreso Nacional de Cirugía
Madrid, 15-17 de noviembre de 2014

www.elsevier.es/cirugia

V-034 - Conversión asistida con el robot de banda gástrica a Roux-en-Y bypass

R. González-Heredia, M. Masrur y E. Elli

University of Illinois, Chicago (EEUU).

Resumen

Introducción: El aumento en la frecuencia del fallo de la banda gástrica y los altos porcentajes de complicaciones asociadas, junto con unos resultados decepcionantes han hecho que la necesidad de cirugía de revisión en bandas gástricas previas esté aumentando. La conversión al bypass gástrico en Roux-en-Y ha sido recomendada como procedimiento de elección. El abordaje robótico parece ofrecer varias ventajas en estos casos complejos que requieren de una precisa sutura y disección.

Caso clínico: Se trata de una paciente obesa de 39 años de edad quien se sometió a una cirugía de banda gástrica laparoscópica hace 8 años. Desde entonces ha sufrido varios episodios de prolapso y una además, la banda no ha resultado ser muy efectiva en cuanto a la pérdida de peso. La paciente no refiere reflujo, ni pirosis ni hematemesis. En un esofagograma se evidenció una importante dilatación del esófago distal y la horizontalización de la banda gástrica, lo que supone un deslizamiento de la banda y la endoscopia digestiva alta diagnosticó una esofagitis grado 3. No se visualizó hernia hiatal. Tras informar a la paciente de los hallazgos, se definió retirar la banda gástrica y llevar a cabo una cirugía de conversión a bypass gástrico asistido con el robot. La cirugía comenzó con una laparoscopia diagnóstica que mostró una anatomía del cuadrante superior normal y con la banda en posición. Se realizó la liberación de las adherencias entre la banda gástrica y el hígado. Nos dimos cuenta del que wrap gástrico se había deshecho. Una vez que la banda fue totalmente liberada de las estructuras de alrededor, la banda fue seccionada y extraída del abdomen. Después una endoscopia intraoperatoria descartó posible perforación o sangrado intragástrico. Satisfechos con los hallazgos, continuamos con la parte de confección de la nueva `gastric pouch`. Se conformó una ventana retrogástrica para poder crear la pequeña `gastric pouch` a unos 5 cm de la unión gastroesofágica. Aproximadamente a unos 30 cm del ángulo de Treitz se realizó la sección del yeyuno. El asa biliar se moviliza unos 120 cm para la confección de la yeyunoyeyunostomía que se realizó mediante una anastomosis mecánica. Seguidamente se realiza la gastroyeyunostomía con una anastomosis con una doble sutura continua. Una endoscopia intraoperatoria se realizó para descartar complicaciones. No se registraron complicaciones intra o postoperatorias. El paciente fue dado de alta en el segundo día del postoperatorio.

Discusión: Este video señala los detalles técnicos de una cirugía de revisión robótica desde una banda gástrica previa. El da Vinci permite una delicada y precisa disección con una impecable creación de la anastomosis gastroyeyunal.