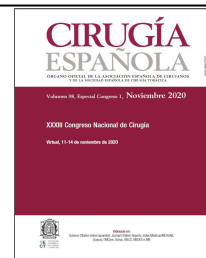




# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## O-280 - IMPACTO DEL MÉTODO DE CONTROL DE ESTANQUEIDAD DE ANASTOMOSIS EN BYPASS GÁSTRICO DE UNA ANASTOMOSIS SOBRE EL DOLOR POSTOPERATORIO: AZUL DE METILENO VS TEST HIDRONEUMÁTICO

Ruiz Tovar Polo, Jaime<sup>1</sup>; Sarmiento, Andrei<sup>2</sup>; Carbajo, Migue<sup>3</sup>; González, Gilberto<sup>4</sup>; Rivaletto, Lucas<sup>5</sup>; Zubiaga, Lorea<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Henares, Coslada; <sup>2</sup>Hospital Edgardo Rebagliati, Lima; <sup>3</sup>Hospital Campo Grande, Valladolid; <sup>4</sup>Centro Medico Puerta de Hierro, Guadalajara; <sup>5</sup>Hospital La Plata, La Plata; <sup>6</sup>Universidad de Lille, Lille.

### Resumen

**Objetivos:** Tanto el test con azul de metileno (AM) como el hidroneumático (HN) son métodos fiables para el control intraoperatorio de la estanqueidad anastomótica. HN requiere infundir un volumen elevado de suero salino intraperitoneal para sumergir la anastomosis. El lavado intraperitoneal, tanto con suero salino, como con soluciones de anestésicos locales o incluso de antibióticos, ha demostrado reducir el dolor postoperatorio, lo que se ha justificado en parte por la eliminación de endotoxinas y factores proinflamatorios, como el TNF- $\alpha$ , IL-6 o IL-8. No obstante, no hay evidencia clara sobre cuál es el volumen óptico de irrigación peritoneal. El objetivo de este estudio fue evaluar el dolor postoperatorio tras control de estanqueidad con AM o HN en bypass gástrico de una anastomosis.

**Métodos:** Realizamos un estudio prospectivo aleatorizado. Los pacientes fueron aleatorizados en 2 grupos: control de estanqueidad con AM o control con HN. Los pacientes con HN recibieron una irrigación de al menos 1.500 ml de suero salino, hasta conseguir sumergir la anastomosis. Posteriormente, esa cantidad de volumen fue aspirada. En ambos grupos se realizó infiltración de los puertos preoperatoria con bupivacaína y TAP con ropivacaína al finalizar la intervención. Se cuantificó el dolor postoperatorio a las 6 y 24h postoperatorias mediante escala analógica visual (EVA), así como las necesidades de morfínicos de rescate durante las primeras 24h.

**Resultados:** Se incluyeron 80 pacientes en el estudio, 40 en cada grupo. No hubo evidencia de fuga anastomótica en ningún caso. El tiempo operatorio medio fue de  $74,6 \pm 14,9$  minutos en AM y de  $80,8 \pm 15,6$  minutos en HN ( $p = 0,012$ ). El dolor postoperatorio medio a las 6h fue de  $42,6 \pm 8,9$  mm en AM y  $46,8 \pm 13,2$  mm en HN (NS). A las 24 horas de la cirugía el dolor fue  $16,4 \pm 6,1$  mm en AM y  $36,7 \pm 9,7$  mm en HN ( $p = 0,005$ ). Fue necesario aplicar morfina de rescate en el 2,5% de los casos de AM y en el 15% en HN ( $p = 0,048$ ). En todos los casos el rescate de morfina fue necesario tras más de 6h de la cirugía.

**Conclusiones:** El control de estanqueidad con AM es más rápido que con HN. Tras AM se objetiva menor dolor postoperatorio a las 24h de la operación. Desconocemos si es debido al menor tiempo operatorio o a que tras un lavado masivo se eliminan factores moduladores de la respuesta inflamatoria a la agresión quirúrgica. A las 6h de la cirugía no se objetivaron diferencias de dolor entre grupos, si bien el efecto puede quedar enmascarado por los métodos de analgesia multimodal aplicados.