



V-18 - RETIRADA DE BANDA GÁSTRICA Y GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA EN UN MISMO ACTO QUIRÚRGICO

*A. Melero Abellán, M. Bruna Esteban, A. Vázquez Prado, J. Puche Pla, M. Oviedo Bravo, F.J. Noguera Aguilar, G. Martín Martín, V. Gumbau Puchol, R. Sánchez Campos, I. Grifo Albalat y J.V. Roig Vila
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.*

Resumen

Introducción: La colocación de banda gástrica es una técnica de cirugía bariátrica que puede conseguir resultados ponderales y curación de comorbilidades aceptables, precisando hasta en un 50%, reintervenir a estos pacientes por problemas mecánicos secundarios al dispositivo o por fracaso en los resultados de pérdida de peso. A día de hoy es discutible qué nueva técnica realizar y la seguridad de hacerla en uno o dos actos quirúrgicos (retirando la banda en primer lugar y realizando posteriormente la cirugía bariátrica definitiva). Presentamos la técnica de retirada de banda y gastrectomía vertical laparoscópica en un mismo tiempo quirúrgico, analizando los detalles de la cirugía y las precauciones y consideraciones a tener en cuenta para realizar este abordaje con seguridad.

Caso clínico: Varón 47 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, ansiedad, artrosis, e intervenido de apendicectomía, artrodesis lumbar y colocación de banda gástrica ajustable por laparoscopia, que consulta por disfagia a sólidos y dificultad para vomitar. El peso previo a la banda gástrica era de 123 kg (IMC 41), llegando a perder sólo 6 kg en 5 años. Se realiza tránsito esofagogastrroduodenal que evidencia un paso filiforme a nivel del cardias y la endoscopia informa de estenosis a 45 cm en zona correspondiente a localización de la banda gástrica. El peso preoperatorio era 109 Kg. El abordaje quirúrgico se realizó con 5 trócares: 1 trócar de 10 mm supraumbilical, 2 de 12 mm en ambos hipocondrios y de 5 mm en epigastrio y vacío izquierdo. Tras la adhesiolisis de la curvatura menor gástrica, se procedió a la liberación del pliegue fúndico y sujeciones de la banda gástrica con precaución de no perforar el estómago. Una vez retirada la banda y extendido el fundus gástrico, se liberó la curvatura mayor gástrica desde 4 cm proximal a píloro hasta cardias, tutorizando (sonda de 36 Fr) y seccionando con endograpadoras el estómago. Se comprobó la estanqueidad de la línea de grapado con instilación de azul de metileno sin evidenciar fugas. Se extrajo la pieza de gastrectomía, la banda, el catéter y el reservorio subcutáneo a través de la incisión ampliada de hipocondrio izquierdo y se colocó un drenaje de Jackson intraabdominal. El tiempo quirúrgico fue de 200 minutos. Postoperatoriamente el paciente requirió la transfusión de 2 concentrados de hematíes manteniendo la estabilidad hemodinámica y siendo el resto de su evolución satisfactoria. El tránsito esofagogastrroduodenal postoperatorio evidenció un buen paso del contraste sin fugas y el paciente fue dado de alta al 7º día con buena tolerancia oral. Al mes de la intervención, el paciente se encuentra asintomático y con una pérdida de peso de 14 Kg.

Discusión: La retirada de banda gástrica y la realización simultánea de una gastrectomía vertical laparoscópica en el mismo acto es una técnica factible que debe realizarse con cautela. Lo consideramos

indicado siempre que no haya complicaciones en la retirada del dispositivo, importante fibrosis o alteraciones morfológicas considerables en el estómago secundarias a la cirugía previa, que impidan la realización de la gastrectomía de forma segura.