Cir Esp. 2013;91(Espec Congr 2):494

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-103 - TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DEL VÓLVULO GÁSTRICO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE GASTRECTOMÍA VERTICAL

E. Romera Barba, R. González-Costea Martínez, M.A. García López, N. Torregrosa Pérez, M.D. Balsalobre Salmerón, I. Navarro García, F.J. Espinosa López, S. Gálvez Pastor, A. Sánchez Pérez, M.J. Carrillo López y J.L. Vázquez Rojas

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: La gastrectomía vertical por laparoscopia (GVL) es aceptada hoy día como tratamiento quirúrgico de primera línea por sus excelentes resultados en el porcentaje de pérdida de exceso de peso y el de resolución y mejoría de las comorbilidades que acompañan la obesidad mórbida. Ha demostrado ser fisiológico, efectivo, seguro y reproducible, con una morbi-mortalidad quirúrgica baja. Sin embargo, no está exenta de complicaciones potencialmente graves, siendo las más frecuentes la hemorragia y la dehiscencia de la línea de sutura.

Caso clínico: Paciente mujer de 55 años con obesidad mórbida (IMC 46), a la que se realiza una GVL sin complicaciones técnicas ni incidencias peroperatorias. A las 48 horas comenzó con vómitos incoercibles, realizándose endoscopia y estudio con contraste hidrosoluble que evidenció vólvulo de la plastia gástrica, con lo que se decidió realizar una laparoscopia exploradora. En la cirugía se objetivó una obstrucción completa secundaria a la torsión de la plastia gástrica sobre su eje longitudinal (vólvulo órgano-axial). Tras realizar la devolvulación, comprobar el buen paso del endoscopio y la viabilidad de la plastia, se decidió fijar la misma a lo largo de la línea de sutura al epiplón gastroesplénico. La paciente evolucionó de forma satisfactoria, iniciando tolerancia a las 24h y siendo alta al 3er día postoperatorio. 7 meses después, tiene un índice de masa corporal de 33 kg/m^2 y una buena calidad de vida.

Discusión: El vólvulo gástrico es una entidad rara que consiste en la rotación del estómago sobre sí mismo a través del eje longitudinal que une el cardias y el píloro (órgano-axial) o el eje que une ambas curvaturas (mesentérico- axial). Se produce debido a la ausencia o laxitud de los elementos de fijación gástrica (ligamento gastrofrénico, gastroesplénico, gastrocólico y gastrohepático) o por anomalías en los órganos adyacentes (hernias hiatales o diafragmáticas). La gastrectomía vertical implica la liberación de la curvatura mayor, lo que deja la plastia gástrica libre de fijación lateral y, por tanto, con una mayor predisposición a la volvulación. Este hecho es especialmente importante a medida que los pacientes pierden peso, lo que implica una mayor laxitud del resto de estructuras que fijan el estómago. En la literatura existen varios casos descritos de volvulación gástrica órgano-axial tras colocación de banda gástrica por laparoscopia. Sin embargo, hasta la fecha, solo existe un caso de vólvulo tras gastrectomía vertical que precisó antrectomía y conversión a derivación bilio-pancreática. A partir de nuestra experiencia, recomendamos realizar una fijación de la línea de sutura de la gastroplastia al epiplón mayor, procedimiento que ya había sido descrito para disminuir el riesgo de sangrado y fuga, y que, teóricamente, contribuiría a prevenir la rotación o torsión debida a la falta de fijación.

See front matter © 2013. Asociación Española de Cirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados