



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-032 - EVOLUCIÓN DE LAS TÉCNICAS DE ANASTOMOSIS GASTROYEURAL EN EL BYPASS GÁSTRICO DE Y DE ROUX LAPAROSCÓPICO

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

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Resumen

Objetivos: Desde su primera descripción en 1994 por Wittgrove et al, el bypass gástrico laparoscópico (BPGL) es una de las técnicas quirúrgicas más asidua en el tratamiento de la obesidad mórbida. Sufrió una modificación relevante en 2003 por Korenkov et al, introduciendo la variante lineal mecánica con gran aceptación mundial. Sin embargo, la comparación entre las diferentes técnicas han sido poco documentadas. Se han descrito diferentes técnicas anastomóticas gastroyeyunales en el BPGL en Y de Roux. Se puede ejecutar mediante el uso de endograpadora circular o lineal con distintas complicaciones y morbilidad postoperatorias a corto y largo plazo. Se describe en la literatura datos conflictivos sobre que técnica es mejor, observándose superioridad en la técnica lineal mecánica respecto a la circular mecánica. En este estudio se busca la comparación entre el BPGL con anastomosis circular mecánica transoral, circular mecánica vía gastrostomía y lineal mecánica con cierre de la enterotomía mediante V-Lock.

Métodos: Se utilizó una base de datos recopilada prospectivamente para pacientes sometidos a BPGL entre 2003 y 2017. La base de datos registró las diferentes morbilidades de las distintas técnicas quirúrgicas en búsqueda de encontrar la óptima según tiempo quirúrgico y complicaciones postquirúrgicas. Se estudiaron 128 pacientes con anastomosis circular mecánica (ACM) y más de un millar ($n = 1.108$) de pacientes con anastomosis lineal mecánica (ALM).

Resultados: No se demostró en nuestra serie según la literatura descrita por Wittgrove et al perforación esofágica ni hipofaríngea en la ACM transoral. Observamos un mayor porcentaje de colecciones intraabdominales postoperatorias inmediatas en la ACM (21%) en comparación con la ALM (11%). Al profundizar sobre el dato anterior se analizaron diferencias significativas en cuanto a la tasa de fístula de anastomosis (ACM 7% vs ALM 3%) y referente a la tasa de fístula gastrogástrica (ACM vía gastrostomía 12,5% vs ALM 0%). Asimismo, es destacable el porcentaje de infección de trocar en los pacientes con anastomosis circular mecánica (ACM transoral 29% vs ACM gastrostomía 5,5%). Respecto al tiempo quirúrgico destaca la excesiva duración de las dos primeras técnicas iniciales (ACM 4 horas \pm 30 minutos) respecto a la actual ALM (2 horas \pm 20 minutos). No hubo diferencia estadísticamente significativa en la pérdida de peso a largo plazo (existiendo un pico de incidencia al inicio de la primera técnica con necesidad de reconversión de 16 pacientes).

Conclusiones: Los estudios aleatorizados realizados sobre los distintos tipos de anastomosis en el BPGL demostraron como dato común la mayor prevalencia de estenosis anastomótica y fístula en la técnica circular respecto a la actual lineal mecánica. A pesar de todos los sesgos y limitaciones del presente estudio, los

resultados actuales sugieren que el uso de endograpadora lineal es más seguro, rápido y asociado a una menor morbilidad. Se concluye por tanto, que el uso de la ALM con cierre anastomótico mediante V-Lock en el BPGL en comparación a la ACM vía transoral o transgastrostomía se asocia directamente con una reducción significativa de la estenosis y fístula anastomótica, tiempo quirúrgico e infección de herida quirúrgica.