



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-066 - DISECCIÓN DUODENAL EN CIRUGÍA BARIÁTRICA. DIFICULTADES INTRAOPERATORIAS Y COMPLICACIONES POSOPERATORIAS EN NUESTRO CENTRO

Lago Martínez, Fátima Yasmina; Roqué, Raul Mariano; Baltar, Javier; Santos, Fernando; Bustamante, Manuel

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Resumen

Objetivos: Las técnicas malabsortivas puras (tanto cruce duodenal (CD) como SADI) consiguen mejores resultados que el *bypass* gástrico en cuanto la pérdida de peso y resolución de complicaciones como diabetes mellitus, SAOS e hipertensión arterial. A pesar de los buenos resultados, la mayoría de las intervenciones realizadas en el registro de la IFSO entre 2016 y 2020 son gastrectomías verticales (GV) y *bypass* gástrico. Creemos que entre los motivos principales por los que no se realizan estas técnicas están la dificultad en la disección del duodeno, las complicaciones relacionadas con la confección de la anastomosis duodeno-ileal y el manejo del muñón duodenal. En esta comunicación estudiaremos nuestra experiencia en la disección duodenal, la anastomosis duodeno-ileal y las complicaciones relacionadas con las mismas.

Métodos: A partir de un registro prospectivo de dificultades intraoperatorias y complicaciones posoperatorias, se analizaron los resultados de 136 anastomosis duodeno-ileales realizadas en nuestro centro desde 2009 a 2022: 69,85% como SADI y 30,15% como CD. El 10,2% fueron segundos tiempos tras GV. En nuestro grupo indicamos estas intervenciones en superobesidades y comorbilidades metabólicas graves. **Técnica (vídeo):** comenzamos la disección duodenal desde el borde inferior del antro gástrico, seccionando el ligamento gastrocólico con bisturí ultrasónico hasta 4 cm del píloro. En el borde superior del duodeno, tras identificar el pedículo hepático se realiza una pequeña maniobra de Kocher y se coloca una gasa que nos servirá de referencia para completar la disección posterior del duodeno. Se realiza la disección de unos 4-5 cm de duodeno hasta sobrepasar la arteria gastroduodenal, la cual sirve como límite derecho de esta disección. Tras crear un túnel posterior, se pasa una cinta, se completa disección y se secciona el duodeno con endoGIA 60 mm carga canela. La arteria pilórica es respetada. Se refuerza el muñón duodenal distal con sutura continua con monofilamento reabsorbible 3/0. Se realiza la anastomosis duodeno-ileal, término-lateral, manual con monofilamento reabsorbible 3/0, en dos planos posteriores y uno anterior. Comprobación de estanqueidad de anastomosis con aire y azul de metileno a través de sonda nasogástrica transanastomótica. Con esta técnica se conserva la irritación del muñón duodenal por parte de la arteria supraduodenal y de ramas duodenales posteriores que nacen de la arteria pancreático-duodenal anterosuperior y de la primera porción duodenal por la arteria gástrica derecha.

Resultados: De las 136 anastomosis realizadas tuvimos dificultades intraoperatorias en 7,35% de los casos por fugas en la anastomosis duodeno-ileal, en 1,47% por sangrado de la arteria gastroduodenal y en 0,7% por fugas del muñón duodenal. En el posoperatorio se identificaron en 2 casos (1,47%) fuga de la anastomosis duodeno-ileal y fueron reintervenidos. Con la clasificación de Clavien-Dindo (cd) no hubo complicaciones en el 79,4% de los casos, cd1: 13,2%, cd2: 0%, cd3a: 2,2%, cd3b: 2,9%, cd4: 1,4%, mortalidad 0%.

Conclusiones: Creemos que esta técnica es segura y reproducible por cirujanos entrenados en cirugía de la obesidad, con experiencia en técnicas de sutura laparoscópica y con conocimiento detallado de la anatomía de la región duodeno-pancreática.