



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-073 - GRAPADO INESPERADO DE SONDA DURANTE UNA GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA (SG). PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO ILUSTRADO Y PROPUESTAS DE RESOLUCIÓN

Paris, Marta¹; García, María Alejandra¹; Trinidad, Anna¹; Bartra, Elia¹; Vives, Margarida¹; Raga, Esther¹; Sabench, Fàtima²; del Castillo Déjardin, Daniel¹

¹Hospital Universitari Sant Joan, Reus; ²Universitat Rovira i Virgili. Facultat de Medicina, Reus.

Resumen

Introducción: La SG es actualmente la cirugía bariátrica más practicada a nivel mundial. El hecho de no tener que realizar ninguna anastomosis ha colocado esta técnica en un “falso pedestal” como a una técnica aparentemente más sencilla para iniciarse en la cirugía bariátrica. Sin embargo, es imprescindible tener presente las recomendaciones técnicas para crear una cámara gástrica tubular que sea funcionante y evitar las torsiones y las estenosis que podrían conducir a la intolerancia oral. Una estrategia es la colocación de una sonda de Faucher (SF) intragástrica para tutorizar la cámara gástrica. Esta se debe movilizar de forma antes de cada grapado para asegurar que no está comprometida con la grapadora lineal. El grapado de la sonda es una complicación evitable que puede ser muy grave. En la literatura hay pocos casos descritos, aunque en la comunidad bariátrica se ha presentado en diversas ocasiones. La resolución no siempre es sencilla, es imprescindible liberar la sonda de la línea de grapas y cerciorarse nuevamente que la sutura queda estanca. Según la amplitud de la gastrectomía y la altura donde haya sido grapada la sonda, se pueden plantear diferentes soluciones quirúrgicas.

Caso clínico: Mujer 50 años con obesidad* mórbida, DM2, SAOS y cesárea. BIG preoperatorio (IMC 60÷54), obesidad central. Se propone SG. Cirugía inicialmente sin incidencias movilizando la SF antes de cada grapado según la técnica habitual. Aun así, en el 4º grapado (per encima de incisura *angularis*) se aprecia cuerpo extraño pequeño y blanco seccionado en ambos extremos de la línea de grapas. Se comprueba que la SF está libre y nos comunican que, dado el déficit de *stock* de sonda térmica timpánica, se ha colocado una sonda térmica esofágica para control de temperatura. Efectivamente, se comprueba que esta ha sido desplazada distalmente con los movimientos de comprobación de la SF y ha sido incluida en el grapado. En este caso, dado que la gastrectomía no estaba demasiado ajustada a la SF, se consigue liberar la sonda térmica esofágica y realizar una *re-sleeve* excluyendo el defecto donde se halla grapada la sonda. Comprobación con azul de metileno correcta. TEGD 24h con buen paso del contraste, sin estenosis ni fugas. Tolerancia oral adecuada y alta a las 48h sin incidencias.

Discusión: El grapado de una sonda es una complicación evitable que puede ser muy grave. La estandarización y el perfeccionamiento de la técnica es esencial, así como la importancia de advertir siempre de cualquier cambio al resto del equipo quirúrgico antes de iniciar el procedimiento. Cuando se produce un grapado de sonda en la SG, se pueden plantear diferentes opciones técnicas según la amplitud de la gastrectomía y la altura donde se ha grapado la sonda. En primer lugar, se debe seccionar y liberar la sonda; posteriormente, se puede plantear una sutura manual (elevado riesgo de dehiscencia en la literatura),

sutura mecánica (siempre y cuando no condicione estenosis o angulación), o bien, conversión a *bypass* gástrico con exéresis de la zona afectada.