



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-131 - CIRUGÍA BARIÁTRICA REVISIONAL TOTALMENTE ROBÓTICA. DE GASTRECTOMÍA VERTICAL A *BYPASS* GÁSTRICO, CON ADHESIOLISIS Y DOBLE CALIBRADO

Mayo Ossorio, M^a de los Ángeles; Bengoechea Trujillo, Ander; Pérez Gomar, Daniel; Pacheco García, José Manuel

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Resumen

Objetivos: Presentar un vídeo de un caso clínico de cirugía revisional de gastrectomía vertical a *bypass*, con adhesiolisis y doble recalibrado por abordaje totalmente robótico.

Caso clínico: Paciente de 50 años con antecedentes de: HTA, DM, DLP. Hábitos tóxicos: fumador 30 cig/diarios. Hipotiroidismo. Esquizofrenia. EPOC. Obesidad. SAHS grave (intolerancia a la CPAP). Suboclusión por bridas en 2019. Diverticulosis colónica. IRC estadio 3. IQ: apendicectomía, colecistectomía, hernias lumbares, prótesis total de rodilla. Se realiza gastrectomía vertical por obesidad mórbida. No aporta informe. En el posoperatorio inicia vómitos incoercibles que precisan ingreso en nuestro centro para control nutricional. Se realiza EDA en la que se informa de hernia de hiato y torsión completa de la manga a nivel de incisura angularis. Se coloca Sonda nasoyeyunal y se completa el estudio con un estudio gastroduodenal. Tras optimización del paciente se propone cirugía revisional robótica a los 2 meses del ingreso. Se interviene con peso 92 kg e IMC de 36,5 (desconocemos peso inicial). Se realiza un abordaje robótico convencional con 4 trócares 2 de 8 mm y 2 de 12 mm y un trocar adicional subcostal derecho para el airseal y el separador hepático. Se realiza el Doking del paciente en 20 minutos y se inicia la cirugía realizando adhesiolisis de las adherencias de las cirugías previas, hasta localizar una gastrectomía vertical dilatada con fundus redundante y torsión completa a nivel de incisura angularis. En ese momento y tras la liberación colocamos el separador hepático se realiza recalibrado y fundectomía sobre sonda de Fouchet de 34 fr. Realizamos *bypass* gástrico con asa biliopancreática a 70 cm y asa alimentaria a 120 cm. Sin incidencias. El tiempo quirúrgico son 185 min. El paciente sube de la URP a las 4 horas de la cirugía y a las 6 horas iniciamos tolerancia a líquidos claros. el paciente es dado de alta a las 48 horas posquirúrgicas sin incidencias. Actualmente mantiene buena tolerancia oral.

Discusión: Aunque la tendencia actual es a realizar la adhesiolisis en casos complejos mediante laparoscopia o bien con abordaje robótico asistido, es factible realizar la adhesiolisis de forma totalmente robótica y aunque se debe realizar la determinación de objetivos para obtener un mejor rendimiento con la plataforma Davinci XI es factible realizar este procedimiento sin realizarla. No obstante para realizar cirugías revisionales complejas es necesario que el equipo tenga experiencia en cirugía bariátrica revisional, así como en el manejo del robot.