



P-489 - MORBILIDAD ASOCIADA A LA SONDA DE CALIBRACIÓN MIDSLEEVE EN LA GASTRECTOMÍA VERTICAL

Romacho López, Laura; Montiel Casado, María Custodia; Rodríguez Cañete, Alberto; Moreno Ruíz, Francisco Javier; Reyes Pérez, María; Sánchez Segura, José; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: La gastrectomía vertical laparoscópica es una técnica quirúrgica para la cirugía bariátrica que se ha impuesto en los últimos años por su sencillez y buenos resultados. Presentamos 3 casos de complicación intraoperatoria por sección de sonda de calibración midsleeve durante cirugía gastrectomía vertical laparoscópica. La técnica estándar consistió en la colocación de cinco trocares, sección epiploica a nivel de la curvatura mayor desde 5 cm del píloro hasta el ángulo de His. Sección gástrica con endograpadora previa calibración de la plastia gástrica mediante sonda de midsleeve 37,5 Fr y llenado de balón con 50 ml de suero a nivel de antro-píloro.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 26 años con IMC 59 kg/m² y sin comorbilidades. Durante la gastrectomía vertical laparoscópica, en el primer disparo de la endograpadora, se evidenció dehiscencia de la línea de grapas junto con sección de la sonda calibradora. Se decidió conversión a bypass gastroyeyunal con asa alimentaria y biliopancreática de 120 cm. El postoperatorio cursó con normalidad. Alta al tercer día. Al año, la paciente se encuentra asintomática tras tratamiento de úlcera anastomótica en la vertiente yeyunal de la anastomosis. Porcentaje de exceso de peso perdido al año 81%. Caso 2: mujer de 31 años que se intervino de gastrectomía vertical laparoscópica, con antecedentes de hipotiroidismo, HTA, y diabetes tipo II en tratamiento con metformina y loraglutide, con IMC 44 kg/m². La paciente rechazó el bypass gastroyeyunal propuesto por nuestro equipo. Durante el primer disparo se observa en la línea de grapas que la sonda está atrapada. Se procedió a retirada de la misma y a regrapado con endograpadora Covidien 60 mm con refuerzo de poliglicólico (DUET), con dos cargas negras y cuatro moradas. La comprobación de la estanqueidad fue correcta. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. Alta al tercer día. Al año, la paciente no precisa tratamiento antihipertensivo ni hipoglucemiante para control de sus comorbilidades previas. Porcentaje de exceso de peso perdido al año 70%. Caso 3: varón de 36 años con IMC de 51,5 kg/m² y antecedentes de hipertensión y SAOS. Durante la intervención se objetivó grapado de la sonda calibradora. Se procedió a retirada de la misma sin dificultad y se reforzó la línea de grapas con una sutura continua reabsorbible de 3/0. El tercer día postoperatorio ante un cuadro de dolor abdominal marcado se solicitó un TAC abdominal que descartó complicaciones. Al quinto día, el débito del drenaje se tornó sucio y un nuevo TAC evidenciaba afectación de la grasa perisutura. Se decidió laparotomía exploradora evidenciando una peritonitis purulenta localizada sin encontrar extravasación con azul de metileno. Se reforzó la línea de sutura. Alta a los 7 días de la reintervención. Reingreso al mes por colección posquirúrgica. Al año, control de comorbilidades.

Porcentaje de exceso de peso perdido 40%.

Discusión: En la gastrectomía tubular, el uso de la sonda midsleeve permite la calibración del volumen residual gástrico de forma exacta y reproducible. Pese a las complicaciones registradas, consideramos que es una medida eficaz y segura que precisa un uso minucioso de la misma.