



## V-114 - ERRORES DE GRAPADO DURANTE CIRUGÍA BARIÁTRICA. EJEMPLOS DE SOLUCIONES INTRAOPERATORIAS

Cuadros Ramírez, Manuel<sup>1</sup>; Mohamed Chairi, Mohamed Hassin<sup>2</sup>; Vilallonga Puy, Ramón<sup>1</sup>; Martínez López, María<sup>1</sup>; Cirera Y de la Tudela, Arturo<sup>1</sup>; Ciscar Belles, Ana María<sup>1</sup>; Dalmau, Maria del Mar<sup>1</sup>; Pañella, Clara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona; <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

### Resumen

**Introducción:** La cirugía bariátrica es el tratamiento más efectivo para la obesidad mórbida. En los últimos años, el número de cirugías bariátricas se ha incrementado en todo el mundo. Este incremento se debe a las mejoras en la seguridad, el entrenamiento especializado y la mejoría en las técnicas. A pesar de su seguridad, la cirugía bariátrica no está exenta de riesgos. Presentamos dos casos de perforaciones gástricas durante procedimientos de cirugía bariátrica.

**Casos clínicos:** Caso 1. Se trata de una gastrectomía vertical laparoscópica. Tras la colocación de trócares estándar para cirugía bariátrica, comenzamos con el procedimiento. Liberamos la curvatura mayor para dar comienzo a la sección gástrica mediante endograpadora calibrada con sonda guía de 38F. Al tercer disparo, podemos evidenciar una perforación gástrica del tubo por mal sellado de la endograpadora. Esto probablemente se deba a una mala angulación de esta en relación a las grapas del disparo previo, o al uso de un calibre de grapa inadecuado. Ante esta situación, completamos la gastrectomía vertical, comprobando la ausencia de otra complicación durante el procedimiento. Se procede a invaginar la línea de grapado de toda la manga gástrica con una sutura continua, incluyendo la zona de la perforación. Se desaconseja la reparación aislada de la perforación dado que podríamos condicionar un mal diseño del tubo gástrico con las complicaciones subyacentes (por ejemplo, la estenosis). Una vez completada la sutura, se realiza prueba de estanqueidad con azul de metileno para comprobar ausencia de fuga. Caso 2. Se trata de una cirugía de *bypass* gástrico laparoscópico. Durante las maniobras de creación del ojal a nivel de la tercera arcada vascular de la curvatura menor hasta acceder a la cara posterior gástrica. Se inicia la creación del *pouch* gástrico calibrado con sonda guía de 38F mediante endograpadora. Una vez disparada, evidenciamos cómo solo se ha disparado sobre la cara anterior gástrica y no sobre la posterior, condicionando una perforación sobre el que será nuestro futuro reservorio. Esta complicación podría justificarse por la microperforación de la pared gástrica durante la liberación de las adherencias para la creación del ojal. Se completa la creación del *pouch* gástrico. Se realiza cierre parcial de la perforación con sutura continua dejando un pequeño ojal abierto que nos servirá para la introducción de la endograpadora de la anastomosis gastroentérica. Una vez confeccionada la anastomosis, se procede al cierre del resto del ojal con sutura continua. Realizamos nuevamente prueba de estanqueidad con azul de metileno.

**Discusión:** Una de las probables complicaciones de la cirugía bariátrica es la perforación gástrica

iatrogénica. El cirujano experto bariátrico debe contar con las habilidades y recursos para completar el procedimiento sin perjuicio del resultado.