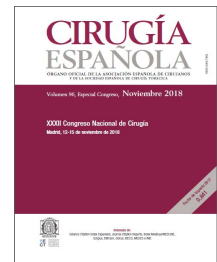




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-333 - ¿AUMENTAN LAS COMPLICACIONES CON EL ABORDAJE ROBÓTICO EN CIRUGÍA BARIÁTRICA? EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Cañón Lara, Marta; del Castillo Criado, Álvaro; López Useros, Antonio; Magadán Álvarez, Cristina; Toledo Martínez, Enrique; Gutiérrez Fernández, Gonzalo; Casanova Rituerto, Daniel; Rodríguez Sanjuán, Juan Carlos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Introducción: El abordaje laparoscópico en la cirugía bariátrica está totalmente implantado, sin embargo, en los últimos años la cirugía robótica continúa ampliando sus indicaciones, incluyendo este tipo de procedimientos, con el fin de simplificar su ejecución y mejorar o al menos igualar los resultados actuales. En cirugía bariátrica la introducción de la robótica ha sido gradual, reservándose inicialmente para la anastomosis gastroyeyunal (manual) del bypass gástrico. Se trata de una técnica incipiente, con resultados controvertidos, algunos estudios sugieren incluso aumento de complicaciones.

Objetivos: Revisión de casos de cirugía bariátrica realizados mediante robot en nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de los casos de cirugía bariátrica robótica realizados en nuestro centro entre enero de 2017 y febrero de 2018.

Resultados: Se han realizado 27 procedimientos: 21 bypass gástrico, 5 SADI (dos de ellos redo desde bypass gástrico) y una gastrectomía vertical (inicialmente planteado como SADI, desestimado por hallazgos quirúrgicos). Se han intervenido 23 mujeres y 4 hombres, con una edad media de 46,07 años, entre 24 y 63. Con IMC medio de 45,08, entre 37 y 61. 8 presentaban diabetes, 4 de ellos insulino dependientes, 12 HTA, 12 SAOS, 6 usuarios de CPAP, 8 paciente con síndrome metabólico, 4 pacientes con hernia hiato y 2 con reflujo gastroesofágico sin evidencia de hernia. En dos casos se asoció colecistectomía (SADI y bypass), en otro retirada de banda gástrica (bypass), en el caso de la gastrectomía vertical se asoció cierre de pilares por importante hernia de hiato. Dos casos precisaron conversión a laparoscopia (7,41%) por mala visibilidad mediante el abordaje robótico, realizando las anastomosis con endograpadora (bypass gástricos). En el resto de casos la cirugía se realizó de manera completa mediante robot con anastomosis gastroyeyunal o duodenoileal manual y en el caso del bypass, anastomosis yeyunoyeyunal mecánica. La anastomosis manual es de unos 2 cm, con un tiempo de ejecución de 43,89 minutos, entre 22 y 55 minutos. El tiempo medio total de la intervención es de 204 minutos para el SADI-s (entre 240 y 180 minutos) y 190,26 para el bypass (entre 240 y 135 minutos), con una tendencia descendente al aumentar el número de casos en este procedimiento para el tiempo total, no así para el tiempo de anastomosis que se mantiene estable. La estancia media es de 2,63 días (entre 2 y 10 días) con una mediana de 2. En ninguno de los casos asociar una cirugía amplió la estancia hospitalaria ni las complicaciones, salvo en el cierre

de pilares de la gastrectomía vertical en la que se prolongó la estancia por reflujo los primeros días. No existen casos de fuga, sangrado, estenosis u otras complicaciones por el momento. Ningún paciente ha reingresado durante este periodo y por el momento evolucionan favorablemente con pérdida ponderal y mejoría de cifras de glucemia y tensión arterial.

Conclusiones: El abordaje robótico parece seguro y reproducible, sin aumentar la tasa de complicaciones respecto a la literatura. Son necesarios más estudios, incluyendo estudios sobre gasto sanitario, y su comparación con los resultados de cirugía laparoscópica.