



V-087 - CONVERSIÓN DE GASTRECTOMÍA VERTICAL A SADI-S

Caraballo Angeli, Claudia; García Muñoz-Najar, Alejandro; Díaz Vico, Tamara; Castellón Pavón, Camilo José; Ferrigni González, Carlos; Pérez Domene, María Teresa; Sánchez Infante Carriches, Silvia; Durán Poveda, Manuel

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles.

Resumen

Introducción: Se presenta el caso de una paciente de 19 años con antecedente de gastrectomía vertical (GV) en 2018, a la que se realiza una conversión a SADI por abordaje robótico. Presentamos la técnica quirúrgica del SADI como cirugía de conversión por abordaje robótico en el caso de una paciente con antecedente de GV por reganancia ponderal.

Caso clínico: Mujer de 19 años de edad con antecedente de GV asociada a colecistectomía y cierre de pilares diafragmáticos por abordaje laparoscópico en 2018 en un centro privado. Es derivada a la Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica por presentar reganancia ponderal. Tras realización de estudios complementarios y valoración multidisciplinar se decide cirugía de conversión de GV a SADI por abordaje robótico. En decúbito supino se realiza insuflación del neumoperitoneo mediante aguja de Veres ubicada en hipocondrio izquierdo. Se introduce trocar óptico supraumbilical y colocación de resto de trócares según técnica habitual bajo visión directa (2 de 8 mm en hipocondrio izquierdo, 1 de 12 mm en hipocondrio izquierdo) y se realiza el *docking* (acoplamiento) del robot. Tras revisión de la cavidad intraabdominal, se realiza adhesiolisis de cirugía previa y se coloca el retractor hepático de Nathanson. Como primer paso, se identifica la válvula íleocecal y se procede a realizar el contaje de manera retrógrada de las asas de intestino delgado hasta 250 cm. Una vez localizado este punto, se fija el asa intestinal con V-Lock 2-0 y se marca en sentido proximal y distal el asa aferente y eferente, respectivamente. Posteriormente, se lleva a cabo la disección duodenal y del antro gástrico hasta identificar la arteria gastroduodenal. Una vez completado este paso, se realiza la sección duodenal con endograpadora Sureform 60 mm (carga blanca). Se realiza una anastomosis duodeno-ileal manual bicapa posterior y monocapa anterior con V-Lock 2-0. Finalmente, se comprueba estanqueidad de la anastomosis con azul de metileno y se finaliza el procedimiento tras retirada de trócares bajo visión directa. La paciente presenta un posoperatorio favorable, siendo dada de alta al tercer día posquirúrgico.

Discusión: El abordaje robótico se considera hoy día una técnica segura y reproducible, facilitando la cirugía gracias a su ergonomía y movilidad de 360°. Por ello, es de gran utilidad en cirugías de conversión o revisión. Esta vía de abordaje facilita una correcta identificación anatómica, así como una flexibilidad óptima para adaptarse a la complejidad del procedimiento en comparación con otras vías de abordaje. La conversión a SADI por abordaje robótico tras GV se considera una técnica segura e indicada en pacientes con antecedente de GV con reganancia ponderal posterior.