



## Original

## Gastrectomía vertical laparoscópica a través de 3 puertos: viabilidad y resultados a corto plazo en en una serie de 25 pacientes con hiperobesidad

Luca Arru \*, Juan Santiago Azagra, Martine Goergen, Vito de Blasi, Luigi de Magistris y Olivier Facy

Department of Surgery, U.M.A.D.E. and U.P.O, University Hospital Center of Luxembourg Luxembourg, Luxembourg

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 16 de octubre de 2012

Aceptado el 16 de octubre de 2012

On-line el 8 de marzo de 2013

## Palabras clave:

Cirugía mediante incisiones reducidas

Laparoscopia

Gastrectomía vertical

Cirugía a través de incisión única

Hiperobesidad

Hepatomegalia

Viabilidad

Trauma parietal

Criterios de valoración

## RESUMEN

**Introducción:** El objetivo de este trabajo es presentar nuestra técnica de gastrectomía vertical laparoscópica a través de 3 puertos (GVLTP) como alternativa a la técnica laparoscópica convencional, por un lado, y a la de incisión única por otro; también describimos su viabilidad y presentamos los resultados a corto plazo.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo con 25 pacientes: 12 hombres y 13 mujeres, con un IMC medio de 53 kg/m<sup>2</sup> (intervalo: 50-72) y una edad media de 38 años (intervalo: 29-55). Para evaluar la viabilidad de nuestra técnica, hemos respetado siempre 3 condiciones preoperatorias: IMC  $\geq$  50 kg/m<sup>2</sup>. Tomografía computarizada o ecografía abdominal para medir el hígado y determinar las características hepatoesplénicas. «Intención de tratar» con 3 puertos (2 de 5 mm y uno de 12 mm de diámetro). Los criterios de valoración del seguimiento a corto plazo incluyen: tiempo perioperatorio, cambio a otra técnica, transfusiones, fistulas, reintervenciones y hernia parietal al mes o a los 3 meses después de la cirugía.

**Resultados:** Existía hepatomegalia en 19 (76%) pacientes, y en 9 (36%) era mayor en el lóbulo hepático izquierdo. El tiempo medio de intervención fue de 72 min (intervalo: 50-110). No se observaron complicaciones perioperatorias. En un paciente fue necesario cambiar a un procedimiento de 4 puertos. La estancia hospitalaria media fue de 3 días (intervalo: 2-5). La tasa de morbimortalidad a los 30 días de la operación fue cero. Ningún paciente ha desarrollado hernia incisional hasta la fecha.

**Conclusión:** La GVLTP reduce el número y tamaño de puertos y, posteriormente, el trauma parietal; además, como utiliza la triangulación instrumental, la cirugía es segura y reproducible.

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: azagra.js@chl.lu (L. Arru).

0009-739X/\$ - see front matter © 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.10.003>

## Three-port laparoscopic sleeve gastrectomy: feasibility and short outcomes in 25 consecutives super-obese patients

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Reduced port surgery  
Laparoscopy  
Sleeve gastrectomy  
Single incision surgery  
Superobesity  
Hepatomegaly  
Feasibility  
Parietal trauma  
Outcomes

**Introduction:** The aim of this paper is to propose our technique, namely three-port laparoscopic sleeve gastrectomy (TPLSG), to define the feasibility and expose the short-outcomes, as an alternative between the standard laparoscopic approach and the single incision (SILSG) for such patients.

**Material and methods:** We conducted a prospective study of 25 patients: 12 male and 13 female, reporting a mean BMI of 53 kg/m<sup>2</sup> (range: 50-72) and a mean age of 38 years (range: 29-55). To evaluate the feasibility of our technique we have always respecting 3 pre-operative conditions: BMI  $\geq$  50 kg/m<sup>2</sup>. Preoperative abdominal US or CT to measure the liver and determine the hepato-splenic characteristics. «Intent to treat by 3 ports» (2 of 5 mm and one 12 mm in diameter). The short outcomes follow-up include: operative time, conversion, transfusions, fistula, reinterventions and parietal herniation at one and three months after surgery.

**Results:** Hepatomegaly was present in 19 (76%) patients, and it's greater on the left hepatic lobe in 9 (36%) patients. The mean operation time was 72 min (range: 50-110). No peri-operative complications were observed. Conversion to four ports procedure was necessary in one patient. The mean hospital stay was 3 days (range: 2-5). No mortality and 30th POD morbidity rate was reported. No patient developed an incisional hernia to date.

**Conclusion:** The TPLSG reduces the ports in number and in size and subsequently the parietal trauma, it also an instrumental triangulation, making surgery safe and reproducible.

© 2012 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La primera gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) se realizó en 1999 por Gagner. Inicialmente se utilizó como componente restrictivo de una intervención más compleja, pero se convirtió en un procedimiento independiente cuando se demostró que podía reducir la morbimortalidad en casos de superobesidad (definida por un índice de masa corporal [IMC] que oscila entre los 50 y los 60 kg/m<sup>2</sup>), al compararlo con otros procedimientos, tales como la derivación biliopancreática con cruce duodenal (BPD-DS) y el bypass gástrico en Y de Roux (RYGB)<sup>1-3</sup>.

Recientemente, la GVL se está utilizando con mayor frecuencia como procedimiento definitivo para el tratamiento de la obesidad mórbida, obteniéndose resultados a corto plazo aceptables<sup>4,5</sup>.

Las indicaciones actualmente aceptadas son: primer tiempo quirúrgico en pacientes superobesos que presentan a menudo hepatomegalia, previamente a la intervención definitiva: RYGB o BPD-DS en 2 tiempos, y pacientes con IMC  $\geq$  40 kg/m<sup>2</sup>, además de una enfermedad médica grave u otras comorbilidades importantes<sup>6-10</sup>. La GVL podría ser útil en los casos de adolescentes con obesidad mórbida, en pacientes que presentan anatomía distorsionada (múltiples adherencias abdominales, *situs inversus viscerum*), antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal o linfoma intestinal<sup>11-14</sup>.

La GVL disminuye el volumen del estómago y la producción de grelina. Este mecanismo parece explicar la fisiopatología de la GVL en términos de la pérdida de peso y de la sensación de hambre<sup>15-19</sup>.

Un amplio metaanálisis multicéntrico reciente estableció que la morbilidad y la eficacia de la GVL se encuentran entre la banda gástrica ajustable laparoscópica (BGAL) y el RYCB<sup>5</sup>.

La tasa de conversión a la cirugía abierta de la que se ha informado en las amplias revisiones es inferior al 0,9%. La morbilidad posprocedimiento a los 30 días (MPP 30) y la tasa de reintervención a los 30 días fueron, respectivamente, de un 5 y un 3%. Las complicaciones quirúrgicas a corto plazo son principalmente debidas a fugas y hemorragias, 2,2 y 6% respectivamente. Las estenosis (4%) y el retraso en el vaciamiento gástrico constituyen las complicaciones tardías más frecuentes. La MPP 30 y la tasa de mortalidad al año relacionadas con la GVL es del 0,1 y del 0,2% respectivamente<sup>5,20,21</sup>.

En cuanto a la técnica, el enfoque estándar en la GVL requiere entre 4 y 7 trocares<sup>9,13,22</sup>. Recientemente, la gastrectomía vertical laparoscópica con incisión única (*single incision laparoscopic sleeve gastrectomy* [SILSG]) se ha utilizado con éxito, con resultados posoperatorios alentadores y menos complicaciones de herida<sup>8,9,23-27</sup>.

El objetivo de este trabajo es presentar la nueva técnica de gastrectomía vertical laparoscópica a través de 3 puertos (GVLTP) (12-5-5) como alternativa factible, reproducible, eficaz y económica al enfoque laparoscópico estándar, por un lado, y al SILSG por otro, teniendo en cuenta los resultados favorables a corto plazo obtenidos en el estudio prospectivo en curso con 25 pacientes superobesos y con hepatomegalia.

Para evaluar la viabilidad de nuestra técnica, siempre hemos respetado una condición preoperatoria: «intención de tratar con 3 puertos, 2 de 5 mm y uno de 12 mm de diámetro».

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4252738>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4252738>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)