



CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



CASO CLÍNICO

Revisión quirúrgica bariátrica tras gastroplastia vertical endoscópica

Manuel Ferrer-Márquez*, Manuel Ferrer-Ayza, Francisco Rubio-Gil,
María José Torrente-Sánchez y Antonio Martínez Amo-Gámez

Equipo Obesidad Almería, Hospital Mediterráneo, Almería, España

Recibido el 17 de abril de 2016; aceptado el 18 de mayo de 2016

PALABRAS CLAVE

Técnicas endoscópicas;
Gastroplastia vertical endoscópica;
Gastrectomía vertical

KEYWORDS

Endoscopic technique;
Endoscopic sleeve gastroplasty;
Sleeve gastrectomy

Resumen

Antecedentes: Durante los últimos años, las técnicas endoscópicas intentan sustituir a la cirugía en algunos pacientes con obesidad, cuando el tratamiento médico fracasa, basándose en que son técnicas menos agresivas. Hasta la fecha, existe muy poca evidencia científica de su efectividad.
Casos clínicos: Presentamos 2 casos de pacientes intervenidos mediante gastroplastia vertical endoscópica que, tras su fracaso, acuden en busca de un tratamiento quirúrgico bariátrico efectivo.

Conclusiones: La gastrectomía vertical laparoscópica tras el fracaso de una técnica endoscópica no supone una gran variación sobre la técnica estándar.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Revision bariatric surgery after endoscopic sleeve gastroplasty

Abstract

Background: Attempts are being made in recent years to replace open surgery with endoscopic techniques in some obese patients when medical treatment fails, as they are considered to be less-invasive procedures. To date, there is little scientific evidence regarding their effectiveness.

Clinical cases: The cases are reported of 2 patients who attended our surgery looking for an effective bariatric surgical treatment after failed endoscopic sleeve gastroplasty.

* Autor para correspondencia. c/ Valencia, 5. 04007. Almería, España. Teléf.: 0034 6496 84463.
Correo electrónico: manuferrer78@hotmail.com (M. Ferrer-Márquez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2016.05.011>

0009-7411/© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Ferrer-Márquez M, et al. Revisión quirúrgica bariátrica tras gastroplastia vertical endoscópica. Cirugía y Cirujanos. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2016.05.011>

Conclusions: Laparoscopic sleeve gastrectomy after failure of an endoscopic technique does not offer great variation from the standard technique.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Antecedentes

Durante los últimos años, las técnicas endoscópicas están intentando ocupar un espacio entre las quirúrgicas, en el tratamiento de la obesidad mórbida, basándose en que son técnicas menos invasivas, reversibles, y económicamente menos costosas^{1,2}. Entre estas, la gastroplastia vertical endoscópica aparece como una alternativa novedosa, que intenta mejorar los resultados del Primary Obesity Surgery Endolumenal procedure (POSE), al realizar una sutura continua que pretende conformar el estómago en forma de tubo. Se trata de un sistema de sutura *overstich* (Apollo Endosurgery) que se acopla a la punta del endoscopio y que, tras ser introducido por vía oral, realiza una reducción que intenta imitar a la gastrectomía vertical laparoscópica, mediante la realización desde la luz gástrica de una serie de puntos transmurales, siguiendo una técnica de manos libres y colocando las suturas muy próximas unas de otras, desde el antro prepilórico hasta la unión gastroesofágica. El POSE, en cambio, plica el estómago en 8-9 localizaciones en el fundus, y en 3-4 en antro, mediante unas suturas sueltas específicas. Supuestamente, la plicatura conseguida mediante las nuevas técnicas provoca una mayor reducción gástrica, a la vez que produce un entencimiento del vaciado gástrico, ayudando de esta manera al efecto saciante^{3,4}.

Objetivo

Presentamos los casos de 2 pacientes, a los que se les realizó la técnica Apollo y que, tras un año de seguimiento y fracaso en los resultados ponderales, acuden a consulta de cirugía en busca de solución.

Casos clínicos

Caso 1

Paciente varón de 37 años, con índice de masa corporal (IMC) de 42 kg/m² y síndrome de apneas obstructivas del sueño, al que se le practicó 7 meses antes la técnica Apollo de reducción gástrica, sin incidencias. El paciente presenta un aumento ponderal de 9 kg durante los 7 meses siguientes, por lo que acude a nuestra consulta en busca de una solución. Tras estudio completo por nuestro equipo multidisciplinario, en el que incluimos un estudio radiológico gastroduodenal, que es informado como «estómago normal» (fig. 1), se interviene al paciente con el fin de realizar una gastrectomía vertical laparoscópica.

Caso 2

Paciente mujer de 33 años, con IMC de 45 y sin comorbilidades, a la que 30 meses antes se le implantó un balón intragástrico (durante 6 meses), con el que no obtuvo resultado. Posteriormente (13 meses más tarde), se practicó la técnica Apollo de reducción gástrica. Tras un año de la técnica, la paciente se encuentra con 14 kg más que el día de su realización, por lo que acude a nuestra consulta para ser tratada de su cuadro de obesidad. Tras su estudio completo multidisciplinario, en el que se incluye un estudio gastroduodenal que es informado como «estómago normal» (fig. 1), se programa una intervención de gastrectomía vertical laparoscópica.

Durante la cirugía, en ambos pacientes, se evidencian adherencias a peritoneo parietal, a hígado, y a cuerpo pancreático; que se liberaron para proseguir con la intervención. Durante la disección de curvatura mayor, se apreció alguna digitación que correspondía al punto practicado por endoscopia, pero no se apreció ninguna imagen de plicatura o torsión, a excepción de las adherencias descritas y alguna zona de engrosamiento (las digitaciones referidas fundamentalmente en antro). La impresión es la de encontrarnos frente a un estómago prácticamente normal. La cirugía se realiza completando la disección hasta el ángulo de Hiss y realizando la gastrectomía con endocortadora y refuerzo con sutura barbada de 2-0. Durante dichas maniobras, no se encontró ninguna dificultad que difiriera de un paciente con un estómago no intervenido. Al examinar la pieza extraída, se aprecian algunas zonas deplicadas levemente (en fondo y en antro), sin evidenciar una disminución de la capacidad gástrica (fig. 2). Los pacientes son dados de alta hospitalaria a las 36 h de la intervención sin incidencias. Durante el seguimiento, los pacientes pierden peso a un ritmo normal tras cirugía bariátrica, sin presentar complicaciones. Tras un año de seguimiento, el porcentaje de exceso de IMC perdido es del 62 y del 73%, respectivamente.

Discusión

El desarrollo de nuevas técnicas endoscópicas y las mejoras en los diseños de las existentes han facilitado que durante los últimos años, los procedimientos mediante esta vía intenten sustituir a la cirugía en algunos pacientes con obesidad, cuando el tratamiento médico fracasa. El rechazo o contraindicación quirúrgica, el riesgo excesivo o el periodo prequirúrgico para disminuir la morbilidad de la cirugía pueden ser algunas de las situaciones que indiquen estos sistemas. Los sistemas de sutura (POSE, TOGA, Apollo...)

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8831095>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8831095>

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