



Revista Chilena de  
**cirugía**

[www.elsevier.es/rchic](http://www.elsevier.es/rchic)



ARTÍCULO DE REVISIÓN

## Cierre de brechas mesentéricas en bypass gástrico laparoscópico

Ramón Díaz Jara<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Centro de Obesidad Clínica Elqui, La Serena, Chile

<sup>b</sup> Universidad Católica del Norte, La Serena, Chile

Recibido el 2 de septiembre de 2016; aceptado el 11 de abril de 2017

### PALABRAS CLAVE

Bypass gástrico laparoscópico;  
Hernia interna

### KEYWORDS

Laparoscopic gastric bypass;  
Internal hernia

**Resumen** El bypass gástrico laparoscópico es uno de los procedimientos bariátricos más frecuentes realizados en el mundo. Una de sus complicaciones postoperatorias es la hernia interna. Este tipo de hernias se produce como resultado de una protrusión de intestino delgado a través de los defectos mesentéricos. Esta complicación quirúrgica puede causar obstrucción intestinal, isquemia y perforación, llevando a la muerte. El cierre de los defectos mesentéricos puede tener como resultado menor incidencia de hernias internas, pero la evidencia no es categórica y el cierre podría estar asociado a complicaciones serias como sangramiento y filtración anastomótica. Aun más, el cierre podría llevar a mayor posibilidad de estrangulación del asa de intestino delgado.

© 2017 Sociedad de Cirujanos de Chile. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Mesenteric defects closure in laparoscopic gastric bypass

**Abstract** Laparoscopic Gastric Bypass is one of the most frequent bariatric procedures done around the world. One of its postoperative complications are internal hernias. This kind of hernias are caused by the protrusion of a small bowel portion through mesenteric defects. This surgical complication may cause small bowel obstruction, ischemia and perforation causing death. Mesenteric defects closure may decrease the incidence of internal hernias but the evidence is not categorical and mesenteric closure might be associated to major complications like bleeding and anastomosis leaks. Even more, deficient mesenteric closure may be the cause of small bowel strangulation related to internal hernias.

© 2017 Sociedad de Cirujanos de Chile. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Correo electrónico: [rdiazjara@gmail.com](mailto:rdiazjara@gmail.com)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2017.04.004>

0379-3893/© 2017 Sociedad de Cirujanos de Chile. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

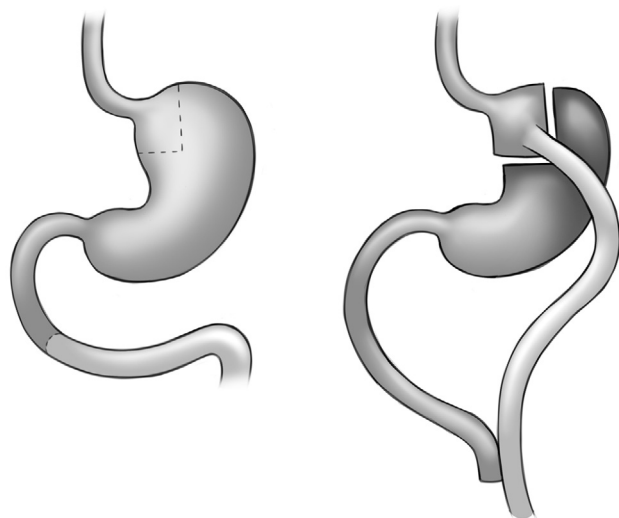
Cómo citar este artículo: Díaz Jara R. Cierre de brechas mesentéricas en bypass gástrico laparoscópico. Rev Chil Cir. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2017.04.004>

## Introducción

La obesidad representa un problema y desafío para la salud pública en todo el mundo<sup>1</sup>. Esta enfermedad es un factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades bien documentadas que implican un impacto en la supervivencia de los pacientes<sup>2</sup>. Así mismo, la cirugía bariátrica ha sido reconocida como el único tratamiento efectivo para los pacientes que presentan obesidad mórbida<sup>3</sup>. Dentro de la gama de cirugías, el bypass gástrico (BG) ha demostrado ser uno de los procedimientos más efectivos y reporta resultados con pérdida de peso del 60 al 70% a 10 años<sup>4-5</sup> (fig. 1). Es por este motivo que diversa literatura considera esta técnica como el «gold standard» en el tratamiento para la obesidad<sup>4,6-8</sup>. Desde su introducción en 1994 por Wittgrove, la vía laparoscópica tomó ventaja al ofrecer los mismos resultados que la vía abierta<sup>9</sup>, por lo que el bypass gástrico laparoscópico (BGL) se ha convertido en uno de los procedimientos más comunes y más aceptados para el tratamiento quirúrgico de la obesidad<sup>10</sup>; además, conlleva las ventajas que la cirugía laparoscópica trae consigo<sup>11,12</sup>. El año 2013 los BGL correspondieron aproximadamente al 45% de todos los procedimientos bariátricos realizados en Estados Unidos<sup>13</sup>. Ese mismo año, la Universidad Católica de Chile publicó su experiencia en 18 años de cirugía de obesidad, donde destacaban los 2.558 BGL realizados en ese centro durante ese lapso de tiempo<sup>14</sup>.

## El problema

El año 2011, 340.768 procedimientos bariátricos fueron realizados en todo mundo, de los cuales el 45% fueron BGL<sup>15</sup>. A pesar de la baja tasa de morbilidad, el BGL no está exento de complicaciones. Las hernias internas (HI) han sido un problema reconocido relacionado con el BG a lo largo de los años, con una incidencia que varía entre el 1-4,7% para la vía abierta<sup>16,17</sup> y el 0,2-9% para la vía laparoscópica<sup>18,19</sup>. La mayor incidencia en la vía laparoscópica se explica por las menores adherencias postoperatorias que se producen con



**Figura 1** A la izquierda, anatomía normal. A la derecha, bypass gástrico diseñado.

dicha vía de acceso<sup>20,21</sup>. Así mismo, la vía retrocólica ha reportado mayor incidencia que la vía antecólica (4,5% vs. 0,43%)<sup>22-24</sup>. Respecto a este punto, en Chile, Escalona et al. publicaron el año 2007 su experiencia usando las vías antecólica y retrocólica. En dicha serie, la vía retrocólica tuvo una mayor asociación en forma significativa a obstrucción intestinal a causa de HI<sup>25</sup>.

La HI ocurre cuando una porción del intestino se extiende a través de los defectos de espacio creados en el mesenterio por el acto quirúrgico<sup>26,27</sup>, por consiguiente, la HI puede ocurrir a través del mesocolon transversal (si el BG fue retrocólico), del defecto mesentérico o a través del espacio de Petersen (espacio entre el asa alimentaria y el mesocolon transversal)<sup>26-28</sup> (fig. 2). Lo destacable de estos datos radica en que la HI ha sido reportada como la causa más frecuente de obstrucción intestinal post-BGL<sup>29</sup>, y puede llevar a serias complicaciones como isquemia intestinal, perforación e, inclusive, muerte<sup>20,26</sup>. La mayoría de estos pacientes se presentan meses después de la cirugía, lo que se explica por la pérdida de grasa intraabdominal. Este fenómeno llevaría a un agrandamiento de los defectos mesentéricos por donde ocurren las hernias<sup>24,28</sup>. Otros autores han sostenido que el tiempo de aparición de las hernias es variable y podría ocurrir en cualquier momento del postoperatorio<sup>20,30,31</sup>. El diagnóstico es un desafío, ya que no existen síntomas característicos en el postoperatorio<sup>26</sup>. Los pacientes generalmente consultan por dolor abdominal intermitente luego de la ingesta de comidas, a veces confundido con colecistitis, mala tolerancia o mala adherencia a la pauta alimentaria, o síntomas similares al intestino irritable<sup>20</sup>. Los estudios radiológicos en los casos de HI dan resultados inespecíficos y a menudo son interpretados como normales<sup>26</sup>. El año 2003, Higa et al. reportaron que el 20% de su serie tenía estudio de tránsito contrastado o tomografía axial computarizada informados como normales, incluso en pacientes que presentaban obstrucción e isquemia<sup>20</sup>. El signo radiológico más distintivo es la apariencia arremolinada de los vasos mesentéricos, también conocido como «el signo del remolino». Cuando el signo del remolino está presente, la especificidad de la tomografía axial sube desde un 70 a un 100%, aunque la sensibilidad permanece baja (0-44%)<sup>32</sup>. Por lo tanto, al enfrentarse a un paciente con antecedentes de haber sido intervenido mediante un BG y que consulte por dolor abdominal intermitente, especialmente posterior a la ingesta de alimentos, se requiere una evaluación por cirujanos entrenados y siempre teniendo un alto índice de sospecha<sup>26</sup>. Así mismo, todos los cirujanos bariátricos, cirujanos generales, médicos en equipos multidisciplinarios deben estar familiarizados con la aparición de síntomas que hagan sospechar la presencia de esta complicación potencialmente letal<sup>33</sup>.

## ¿Cierre o no cierre de brechas?

La mayoría de los estudios existentes en la literatura mundial son series de casos y revisiones retrospectivas. Existe solo un metaanálisis y 2 estudios prospectivos aleatorizados. En Chile no se han realizado estudios prospectivos que comparen el cierre o no cierre de brechas para HI. En estas publicaciones, los métodos empleados para el cierre de los defectos mesentéricos son diversos: sutura absorbible,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8836399>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8836399>

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