

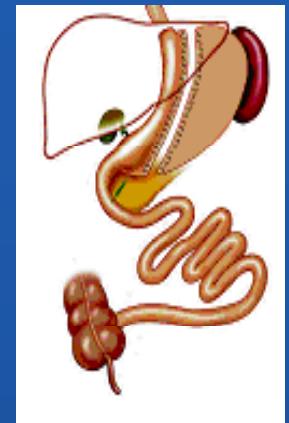
# *Gastoplastia Tubular Vs Sleeve Gastrectomy*

*Detalles Técnicos y Resultados Preliminares.*

*Ferrer Valls JV\*, Sanahuja Santafé A\*, Aleixandre López F\*\*, Ferrando Noguera C#, Elorza Ruiz L#, Vidal Sanchez ML##. Palacios Sanchez M##, \*Cirujano general y digestivo, \*\*Anestesiólogo, #Dietista-Nutric, ##Psicóloga Clínica.  
Clínica Obesitas. Hospital 9 de Octubre, Valencia.*

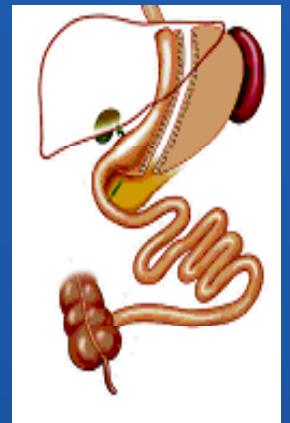
# Ventajas de gastroplastia tubular:

- **Punto de vista funcional:**
  - El estómago regula la entrada, función digestiva y salida de los alimentos con normalidad.
  - *Disminuye la Ghrelina (reduce sensación hambre 90-95%).*
  - *No Dumping?, no malabsorción.*
- **Punto de vista de resultados:**
  - Buen control del “hambre”
  - *Se puede comer todo tipo de alimentos.*
  - Menor riesgo quirúrgico que en el Bypass Gástrico.
  - Es casos bien seleccionados, resultados similares al Bypass gástrico a los 3-4 años.



# Desventajas del tubo gástrico:

- **Potencial riesgo de recuperar con el tiempo, parte del peso perdido, con...**
- **Los alimentos hipercalóricos y fáciles de digerir como helado, dulce, etc., pueden restar eficacia al tratamiento.**
- **Los pacientes con un IMC muy alto, podrían necesitar una segunda operación con malabsorción (By-pass o CD).**
- **Técnica sin experiencia a largo plazo.**



## *Nuestros Resultados: Gastroplastia Tubular por Laparoscopia (GTL)*

- **35 pacientes intervenidos en 10 meses:**
  - **1 triple obesidad (IMC 74)**
  - **2 super super obesidad (IMC 62 y 64)**
  - **4 superobesos (2 previo BIG).**
  - **2 BGA deslizadas.**
  - **26 casos IMC > 35.**
- **25 pacientes con comorbilidades.**

# *Técnica quirúrgica GTL*



1. **Disección ángulo de Hiss**
2. **Liberación curvadura mayor gástrica, hasta visualización completa pilar izquierdo.**
3. **Sección desde 4-5 cm píloro.**
4. **Gastroplastia sobre sonda 32 FR.**
  - a. **Visualización y revisión de la cara posterior gástrica antes de cada corte.**
  - b. **A nivel del fundus, tracción asimétrica desde la cara posterior , para evitar el bolsón del fundus.**
5. **Sutura invaginante, que se aprovecha para perfeccionar la forma de la plastia.**
6. **Prueba estanquiedad con aire y azul de metileno.**
7. **Drenaje de J-P, 6-7 días**

# Técnica quirúrgica GTL



1. Disección ángulo de Hiss
2. Liberación curvadura mayor gástrica, hasta visualización completa pilar izquierdo.
3. Sección desde 4-5 cm píloro.
4. Gastroplastia sobre sonda 32 FR.
  - a. Visualización y revisión de la cara posterior gástrica antes de cada corte.
  - b. A nivel del fundus, tracción asimétrica desde la cara posterior , para evitar el bolsón del fundus.
5. Sutura invaginante, que se aprovecha para perfeccionar la forma de la plastia.
6. Prueba estanquiedad con aire y azul de metileno.
7. Drenaje de J-P, 6-7 días

*Tránsito GTL a las 24 horas*



## *Manejo postoperatorio GTL*

1. Sedestación y deambulación: 2 horas
2. Control estanqueidad (*A. metileno + Gastrografín*): 24-48 horas
3. Ingesta líquidos: 24-48 horas
4. Alta hospitalaria: 48-72 horas
5. Retirada drenaje: 6-7 días

## *Manejo postoperatorio GTL*

**Diagnóstico precoz de fuga anastomótica:**

1. Azul metileno en ayunas y control drenaje / 24 horas / 7 días
2. P. M., T<sup>a</sup>, T.A., débito drenaje / 8 horas / 7 días
3. Llamada telefónica al paciente / 1-2 días

**Retirada drenaje el día 6-7.**

## **Protocolo actuación en caso de fuga anastomótica:**

- 1. Evaluación con Gastrografín.**
- 2. Evaluación clínica, y del funcionamiento del drenaje**
- 3. Gastroscopia:**
  - 1. Taponamiento con polímeros.**
  - 2. Stem extraible (no metálico).**
  - 3. Dilatación del píloro (Dr. Galvao).**
- 4. Nutrición enteral.**

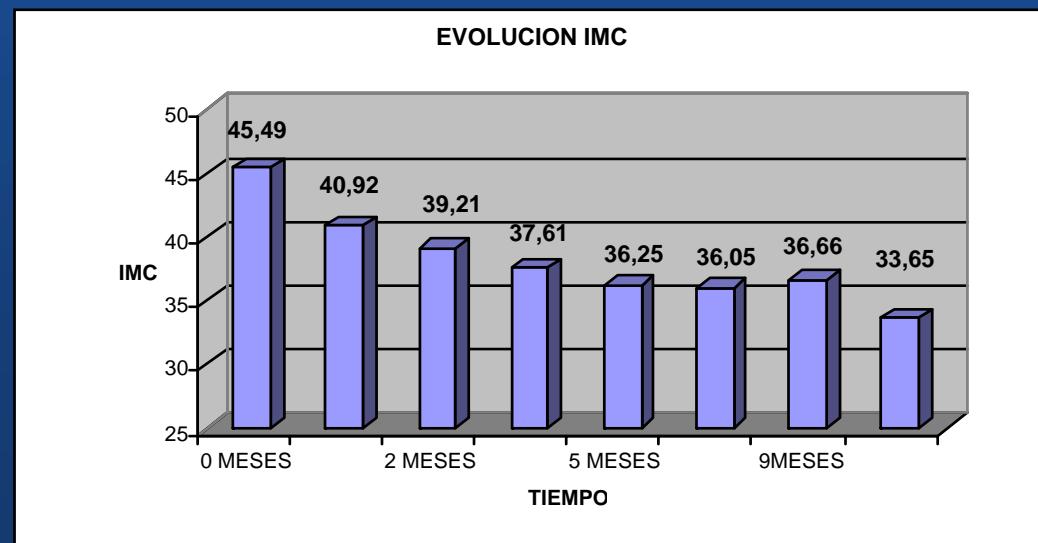
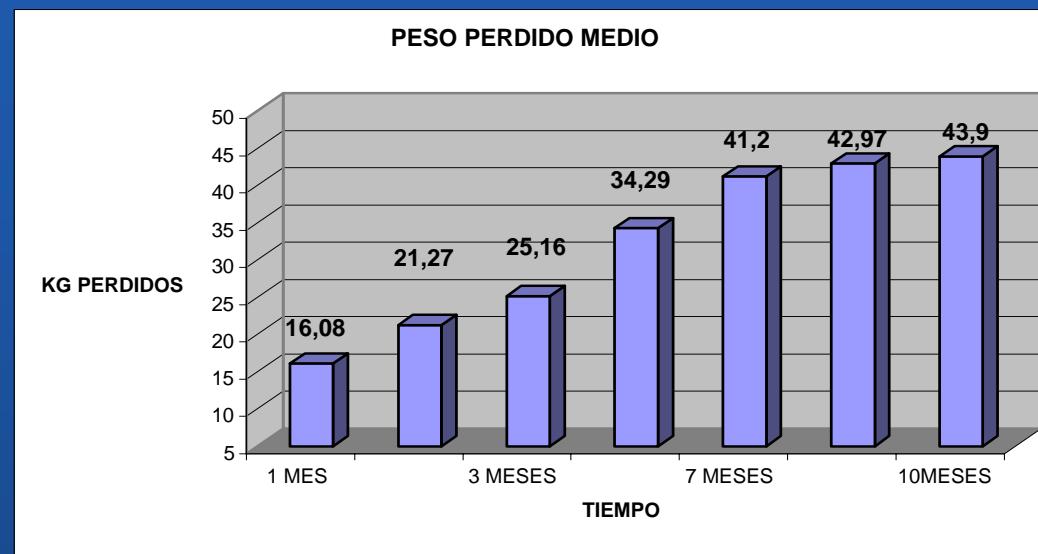
## *Resultados GTL*

### Morbilidad perioperatoria (hasta 30 días):

- |                                 |                      |
|---------------------------------|----------------------|
| 1. Número de reconversiones:    | 0                    |
| 2. Pacientes ingresados en UCI: | 0                    |
| 3. Reintervenciones:            | 0                    |
| 4. Dehiscencias:                | 0                    |
| 5. Hemorragia intraabdominal:   | 2 (Tto. Conservador) |
| 6. Hemorragia Intraluminal      | 0                    |
| 7. Reingresos:                  | 0                    |
| 8. Infecciones de herida:       | 0                    |
| 9. TVP / TEP                    | 0                    |
| 10. Exitus                      | 0                    |

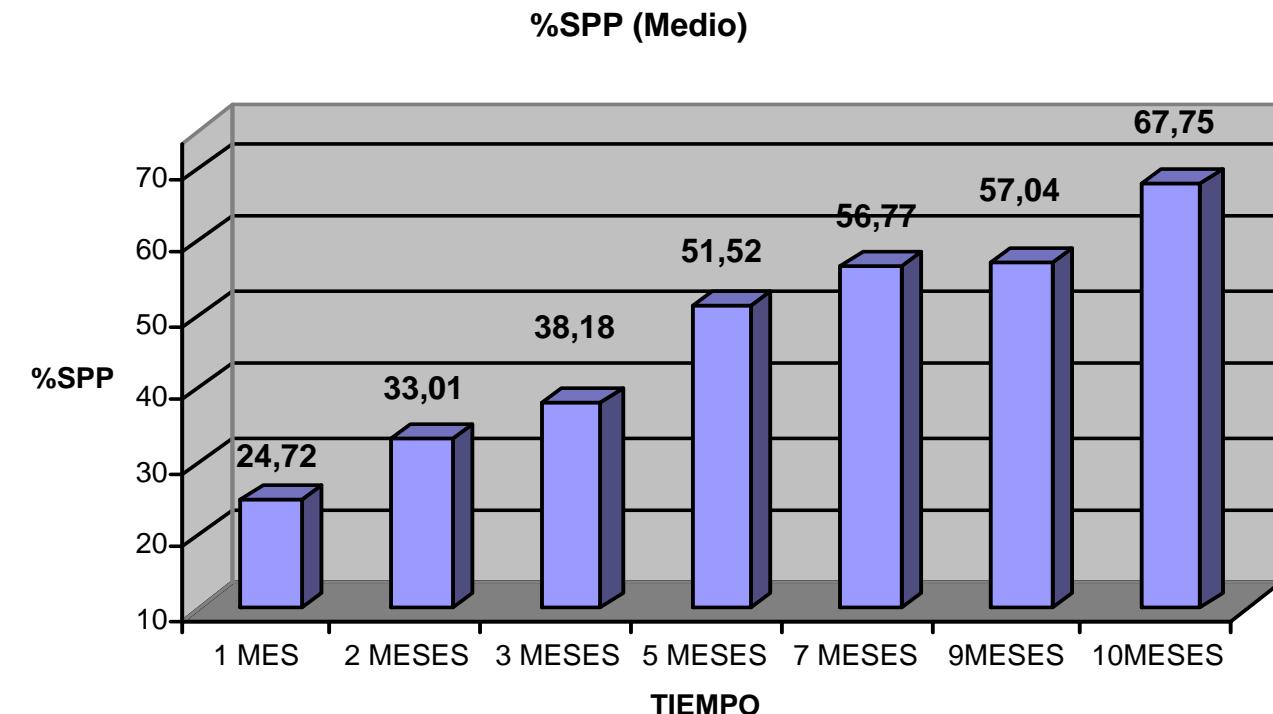
# Resultados GTL

Evolución a  
10 meses:



## *Resultados GTL*

Evolución a 10 meses:



## *Resultados GTL, otros autores*

	Baltasar et al. (2005)  N=30 (12 meses)	Mognol et al. (2005)  N=20 (12 meses)	Lee et al. (2007)  N=216 (12 meses)	Ferrer y cols. 2007  N=35 (10 meses)
%SPP	62	51	59	67
IMC	--	41	27.7	33
Sonda	32 FR	32 FR	32 FR	32 FR
Mortalidad	1	0	0	0

## *Resultados GTL*

### *Evolución comorbilidades:*

	HTA	Ac. Úrico elevado	HPL	Migrañas	Depresión	Limitacion en artic.	SAOS	Disnea
Nº casos Preoperat. (n=35)	5	1	1	5	2	9	9	7
6 meses. (n=17)	2	0	0	1	0	2	1	1
10 meses. (n=6)	0	0	0	0	0	1	1	0

*Gastoplastia Tubular Vs Sleeve Gastrectomy*

*Detalles Técnicos y Resultados Preliminares.*

# GRACIAS

?

**Ferrer Valls JV\*, Sanahuja Santafé A\*, Aleixandre López F\*\*, Ferrando Noguera C#, Elorza Ruiz L#, Vidal Sanchez ML##. Palacios Sanchez M##, \*Cirujano general y digestivo, \*\*Anestesiólogo, #Dietista-Nutric, ##Psicóloga Clínica.**  
**Clínica Obesitas. Hospital 9 de Octubre, Valencia.**