

**XII Reunión de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad.
Valencia, 10-12 Marzo, 2010**

OTRAS FUNCIONES DEL REFUERZO DE LA LINEA DE GRAPAS DURANTE LA GASTRECTOMIA TUBULAR: MAYOR PÉRDIDA DE PESO A 12 MESES CON SUTURA IRREABSORBIBLE.

Ferrer Valls JV*, Sanahuja Santafé A*, Saiz Saiz-Sapena N**, Cester Ves D***. *Cirujano general y digestivo, **Anestesiólogo, ***Diplomada Enfermería.
Clínica Obésitas. Hospital 9 de Octubre. Valencia. "dr.ferrer@clnicasobesitas.com"

Introducción y Objetivos: La fuga gástrica y la hemorragia son los retos más importantes después de una gastrectomía tubular por laparoscopia (GTL). Además, la conformación de una plastia perfectamente tubular posiblemente disminuya la frecuencia de dilataciones futuras, e incluso mejore la eficacia terapéutica de la operación. El objetivo de este estudio ha sido comparar la eficacia de la técnica quirúrgica utilizando material reabsorbibles e irreabsorbible.

Pacientes y método: Comparamos dos grupos de 15 pacientes con una distribución de sexo y un IMC medio inicial similar, intervenidos de GTL con dos materiales de sutura distintos. La selección del grupo se ha realizado de forma retrospectiva, buscando la homogeneidad de los grupos

Todos fueron intervenidos por un mismo equipo quirúrgico y anestésico. La gastrectomía tubular se realizó sobre sonda de 32 Fr mediante endoghia Exchelon®. Añadimos sobrehilado de la línea de sección con material reabsorbible (poliglicólico) en el grupo A, y material irreabsorbible (polipropileno) en el grupo B. Se realizaba una invaginación de la línea de grapas, buscando perfilar la forma tubular –evitar zonas dilatables futuras-, una mayor restricción, mantenida en el tiempo, además de mejorar la hemostasia y reforzar la solidez inmediata. Realizamos controles de estanqueidad intraoperatorio con Azul de metileno, y con gastrografía a las 18 horas.

Resultados : Ver en la tabla, distribución por sexo /edad, evolución del IMC y %SPP en ambos grupos. El grupo B (sutura irreabsorbible), pierde más peso de forma significativa. Ningún caso precisó conversión a cirugía abierta. Ninguna reintervención. Ninguna infección de herida. Ningún paciente requirió UCI. Estancia media hospitalaria 2-3 días. No TVP. No TEP. No Mortalidad. Ningún reingreso hasta los 30 días postoperatorios.

	N	Edad	Sexo V/M	IMC inicial	IMC 12 meses	Peso perdido	%SPP 12 meses
Grupo A (poliglicólico)	22	36 (18-48)	8/14	46.5 (35/42)	31 (21/36)	43.64 (+/- 13.9)	72%
Grupo B (polipropileno)	14	34 (21-50)	1/13	41 (34/46)	28 (20/35)	37.8* (+/- 17.15)	81.2%

*p< 0,1 (t-student) ¿?

Conclusiones: 1- El nivel de restricción gástrica (volumen final del estómago) y el método quirúrgico utilizado, parecen determinantes para los resultados a largo plazo en la GTL.

2- La invaginación de la línea de grapas mediante sutura continua y material irreabsorbible, mejora la eficacia terapéutica de la GTL (resultados preliminares).