

320 GASTRECTOMIAS VERTICALES POR LAPAROSCOPIA, CONSECUTIVAS, SIN FUGAS EN EL ANGULO DE HISS. OPTIMIZACION TECNICA: METODO DE LA OREJA DE PERRO Y OTROS DETALLES TECNICOS.

INTRODUCCION:

La gastrectomía vertical por laparoscopia (GVL), es una excelente técnica quirúrgica para el control de la obesidad, de realización técnica aparentemente sencilla, pero con una tasa de complicaciones importantes no desdeñable.

La fuga o fístula en el ángulo de Hiss, es una de las complicaciones mas graves y de difícil solución, obligando incluso a gastrectomías totales y/o derivaciones en Y de Roux.

Por otro lado, la realización de una GVL sobre una sonda de menor tamaño (32-36 Fr), mejora el resultado de la operación por una mayor restricción, aunque podría aumentar la incidencia de fallos en el Hiss.

Presentamos los detalles técnicos de nuestra técnica quirúrgica en la GVL, practicada en una serie consecutiva de 320 pacientes, sin ningún caso de fuga en el ángulo de Hiss.

VIDEO:

Destacamos:

- Disección completa de la cara posterior gástrica.
- Disección detallada del hiato, incluyendo el pilar diafragmático izquierdo completo y posible bolsón de la cara posterior gástrica adyacente, con sección de la arteria fúndica si es preciso.
- Disección completa del ángulo de Hiss, y parcial (aprox. hasta la vertical del esófago) de la membrana gastroesofágica.
- Movilización y evaluación de posibles hernia de hiato deslizada; cierre de pilares si es necesario.
- Gastrectomía sobre sonda de 32Fr, con endogía. (Nosotros utilizamos Echelon Flex, primeras cargas de 60-4,2 (doradas), y últimas de 60-3,5 (azules).
- Pequeño alejamiento con la endogía a nivel de la incisura angularis.
- La última sección gástrica a nivel del ángulo de Hiss, con una dirección vertical, paralela al esófago, por fuera del cojinete graso que se suele encontrar adherido a la serosa.
- Punto invaginante de toda líneas de sección, con prolene de 2/0, continúa, tipo lembert – NO transfectivos en la línea de grapas-, con las siguientes características:
 - o Invaginación completa de la orejuela que hemos dejado remanente en el ángulo de Hiss.
 - o Remodelación o perfeccionamiento de la forma tubular a nivel de hiato y los primeros 10 cm de estómago, mediante plicatura gástrica, si precisa.
 - o Invaginación completa y minuciosa de toda la línea de grapas, buscando una forma tubular perfecta, aunque incluyendo poco tejido a nivel de la incisura angularis.

RESULTADOS:

Sobre 320 pacientes intervenidos con esta técnica, ningún caso de fuga en el ángulo de Hiss. 1 fuga en el antro, por fallo en el grapado de una carga verde (diagnosticada a los 5, resuelto con reintervención de limpieza y drenaje, NPT y antibioterapia). 2 reintervenciones por hemorragia. 1 reingreso. Mortalidad 0. Estancia media 48 Horas (1 caso 35 días).

CONCLUSIONES:

La fuga en el ángulo de Hiss, puede prevenirse con unos detalles técnicos adecuados, sin mermar las exigencias restrictivas de esta operación.

Ferrer Valls JV*, Sanahuja Santafé A*, Perez-Folques J.E *, Saiz Sapena N**, Hernando Almero***.
*Cirujano general y digestivo, ** Anestésista, ***Diplomada Enfermería.