



Surset gástrico de Sales: una alternativa para cirugía bariátrica restrictiva

CARLOS ELÍAS SALES PUCCINI, MD*

Palabras clave: obesidad, obesidad mórbida, cirugía bariátrica, procedimientos quirúrgicos ambulatorios, complicaciones.

Resumen

Introducción. La obesidad es una enfermedad que va en aumento creciente en nuestra población y cada día se presentan mayores índices en personas cada vez más jóvenes. Las alternativas de cirugía bariátrica ofrecen buenos resultados, siempre que se utilice el procedimiento ideal para cada paciente, aunque hay una morbimortalidad asociada a cada procedimiento y un alto costo por el uso de la sutura mecánica.

Materiales y métodos. Se presentan cien pacientes sometidos a una nueva alternativa de cirugía bariátrica restrictiva, un procedimiento original que hemos denominado surset gástrico de Sales, que se practica por laparoscopia, y se evalúan sus historias clínicas, exámenes posquirúrgicos y encuestas telefónicas.

Resultados. Entre agosto de 2006 y agosto de 2007 se operaron 100 pacientes, 56 mujeres y 44

hombres, con edades entre los 15 y 64 años e índices de masa corporal entre 32 y 45 kg/m². Se encontró una pérdida de peso promedio de 26,44 kg, que correspondió a un porcentaje promedio de 69,61%.

Discusión. Esta nueva alternativa de cirugía bariátrica restrictiva, es de fácil realización, con menor riesgo y menor porcentaje de complicaciones asociadas al procedimiento y baja morbimortalidad. Por ser ambulatoria y no requerir suturas mecánicas (stapler), se minimizan los costos y la estancia hospitalaria, y se puede ofrecer con mayor facilidad para ser realizada en nuestros hospitales y aumentar la cobertura de la cirugía bariátrica en personas de bajos recursos.

Introducción

La cirugía bariátrica ha crecido y se ha posicionado como uno de los pilares en el tratamiento de los diferentes tipos de obesidad; sus indicaciones abarcan un grupo cada vez mayor de pacientes, desde aquéllos con índices de masa corporal (IMC) mayor de 30 kg/m², cuando en su inicio sólo se pensaba en realizar este tipo de cirugía a personas con índices mayores de 40. ⁽¹⁾

La cirugía bariátrica ha sido dividida en dos grandes grupos: las mixtas con componente de mala absorción y las restrictivas. ⁽²⁻⁶⁾

* Cirujano General y Gastroenterólogo.

Fecha de recibo: 31 de agosto de 2007
Fecha de aprobación: 6 de julio de 2008

La toma de la decisión sobre cuál procedimiento ofrecer a los pacientes, depende de múltiples factores y cada grupo de cirugía bariátrica maneja unos estándares para la toma de dicha decisiones.⁽³⁻⁵⁾.

El objetivo de este trabajo es mostrar una nueva alternativa de cirugía restrictiva, una plicatura total del estómago de diseño original del autor, denominada *surset* gástrico de Sales, que es fácilmente reversible, reacomodable, ambulatoria y mínimamente invasiva, en la cual no se requiere el uso de suturas mecánicas (*stapler*) ni se hacen cortes y, por ende, se minimizan los riesgos de fístulas, sangrado y otros, con un menor índice de morbimortalidad.⁽⁷⁻¹⁰⁾.

Indicaciones

Las indicaciones de esta cirugía son similares a las de cualquier cirugía restrictiva, con la gran ventaja de que sus riesgos se minimizan al no requerir resección y ser totalmente reversible. Se puede realizar en pacientes de edades extremas, reacomodar nuevamente y, ante cualquier complicación eventual, revertir fácilmente.

Se explican al paciente las ventajas y desventajas de una cirugía restrictiva y la necesidad de acompañar su cirugía con una dieta adecuada, baja en azúcares y carbohidratos, enfatizándoles que no existen alteraciones en la absorción, lo que les obliga a colaborar ampliamente en la dieta y su control nutricional.

Descripción de la técnica quirúrgica

Los pacientes siguen la evaluación preoperatoria usual para los procedimientos de cirugía bariátrica, con medidas similares antes, durante y después de la cirugía.

El paciente se sujeta a la camilla para evitar deslizamientos con los cambios de posición y se usan vendajes de rutina en los miembros inferiores. No se administran antibióticos, porque se considera una cirugía limpia al no alterar la integridad del sistema digestivo.

Una vez intubado el paciente, se coloca una sonda dilatadora orogástrica de calibre 38 y se succiona adecuadamente el estómago. Se utilizan cinco trocares de 5 mm y el lente es de 5 mm y 30 grados. Se colocan

los trocares en la región supraumbilical, en la región medio-clavicular derecha y en la medio-clavicular izquierda, en la región subxifoidea para el separador hepático (*grasper*) y en la región lateral izquierda hacia la línea axilar anterior.

El primer paso quirúrgico consiste en la identificación del píloro y 2 a 3 cm en posición proximal y hacia la curvatura mayor, se inicia la sección de los vasos gastroepiloicos y gástricos cortos con bisturí ultrasónico, hasta llegar al ángulo de Hiss; este procedimiento permite una adecuada liberación del fondo gástrico y visualización del pilar izquierdo y, en algunos casos, se liberan adherencias posteriores. Se continúa con una disección de la grasa anterior del ángulo de Hiss y, al retirarlo, da un panorama claro y libre del fondo gástrico.

Se coloca la sonda contra la curvatura menor y se avanza hasta la región prepilórica. Se colocan puntos en seda cero separados entre la pared posterior gástrica y la anterior, y se crea así una plicatura gástrica desde el fondo gástrico, introduciendo el tejido gástrico hacia su propia luz. En su inicio en el ángulo de Hiss, la sutura debe quedar ajustada totalmente a la sonda oro-gástrica; hay que recordar que, al no haber resección de tejido gástrico y éste estar en su propia luz (imbricado), existe una mayor restricción de la que suponemos al mirar el remanente gástrico en su porción exterior, fácilmente valorable al movilizar la sonda y palpar con las pinzas laparoscópicas. Los puntos se extienden hasta los 3 cm del píloro y así creamos una restricción amplia (figuras 1-3).

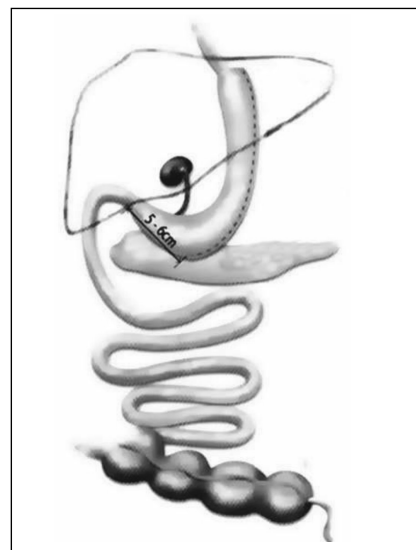


FIGURA 1. Representación esquemática del surset gástrico de Sales.