

Cirugía con manga gástrica en paciente de 24 años, reporte de caso

Gastric sleeve surgery in a 24-year-old patient, case report

Verdugo-Tapia, Juan Carlos^{1,a*}, Iñiguez-Peña, Emilio José^{1,b}, Tsenkush-Chamik, Etsa Robinson^{1,b}

¹ Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Ecuador.

^a Cirujano General, Subespecialidad en Cirugía Laparoscópica Avanzada, Alta Especialidad en Cirugía Bariátrica y Metabólica.

^b Estudiante de Medicina

Información del artículo

Citar como: Verdugo-Tapia JC, Iñiguez-Peña EJ, Tsenkush-Chamik, ER. Cirugía con manga gástrica en paciente de 24 años, reporte de caso. *Health Care & Global Health*. 2023;7(1):19-22.

DOI: 10.22258/hgh.2023.71.145

Autor correspondiente

Juan Carlos Verdugo Tapia
Email: juan.verdugot@ucacue.edu.ec
Dirección: Cuenca, Ecuador
Teléfono: (+593) 98 482 934

Historial del artículo

Recibido: 15/05/2023
Aprobado: 08/06/2023
En línea: 25/06/2023

Financiamiento

Autofinanciado.

Conflictos de interés

Declaran no tener conflictos de interés.

Resumen

La obesidad es un problema global de salud que afecta a 1500 millones de adultos en todo el mundo, incluyendo a niños y adolescentes, lo que representa un aumento en enfermedades físicas y mentales. Las personas obesas tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades metabólicas y cardiovasculares, así como tumores malignos, lo que resulta en una tasa de mortalidad más alta. La manga gástrica laparoscópica se utiliza ampliamente en la cirugía bariátrica para reducir la mortalidad. Aunque la gastrectomía en manga laparoscópica produce cambios anatómicos y pérdida de peso, aún hay una falta de evidencia a largo plazo sobre su efectividad. Se comparte un caso clínico de una paciente con obesidad grado III.

Palabras clave: Índice de Masa Corporal; Gastrectomía; Derivación Gástrica; Obesidad (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Obesity is a global health problem affecting 1.5 billion adults worldwide, including children and adolescents, resulting in increased physical and mental health issues. Obese individuals are at higher risk of developing metabolic and cardiovascular diseases, as well as malignant tumors, resulting in higher mortality rates. Laparoscopic sleeve gastrectomy is widely used in bariatric surgery to reduce mortality. Although sleeve gastrectomy induces anatomical changes and weight loss, there is still a lack of long-term evidence on its effectiveness. A clinical case of a patient with grade II obesity is shared.

Keywords: Body Mass Index; Gastrectomy; Gastric Bypass; Obesity (Source: MeSH, NLM).



Introducción

La obesidad es un problema global de salud, con aproximadamente 1 500 millones de adultos en todo el mundo teniendo sobrepeso, incluyendo unos 200 millones de hombres y 300 millones de mujeres que son obesos. Las tendencias crecientes en la prevalencia de la obesidad en países desarrollados y en desarrollo son aún más preocupantes, especialmente en niños y adolescentes. Este aumento representa efectos adversos en términos de salud mental y física⁽¹⁾. La Organización Mundial de la Salud ha notificado un aumento significativo en la obesidad infantil a nivel mundial, de 32 millones en 1990 a 41 millones en 2016⁽²⁾.

La condición de obesidad conlleva al desarrollo del síndrome metabólico (MetS) y a diversas enfermedades coexistentes⁽³⁾, tales como la diabetes mellitus tipo 2 (T2DM), enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD), hipertensión, hiperlipidemia, enfermedad renal crónica, enfermedad cardiovascular (ECV), apnea obstructiva del sueño, osteoartritis y tumores malignos (como los de mama, colon y próstata), lo que resulta en una tasa de mortalidad más alta en individuos que presentan obesidad⁽⁴⁾.

De esta manera, se ha considerado que las medidas de reducción de peso, incluyendo la manga gástrica laparoscópica, son una de las técnicas quirúrgicas más frecuentemente empleadas en la cirugía bariátrica para disminuir la tasa de mortalidad en adultos que presentan obesidad, independientemente de su causa⁽²⁾.

La gastrectomía en manga laparoscópica (LSG) ha ganado un amplio reconocimiento como un procedimiento quirúrgico para pacientes que presentan obesidad clínicamente diagnosticada. La LSG produce cambios en la anatomía del paciente y promueve la pérdida de peso a posterior⁽⁵⁾.

Descripción del caso

Paciente femenina de 24 años, estado civil soltera, con antecedentes familiares de padre con Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Obesidad, que no refiere antecedentes patológicos personales, ni quirúrgicos. Llega a consulta por presentar exceso de peso desde la infancia, que se ha incrementado en los últimos años, llegando a un peso máximo en la actualidad de 92 kg, lo que ha provocado dolor en las articulaciones de la rodilla y zona lumbar, que se incrementa con actividad física, así como también problemas sociales y de adaptación personal que han influido de manera negativa en su entorno.

De la misma manera, refiere que lleva un estilo de vida sedentario acompañada de una dieta alta en carbohidratos y grasas, con bajo consumo de vegetales y agua. Tenía antecedentes de varios intentos de reducción de peso mediante programas dietéticos y ejercicio durante más 7 años, con resultados parcialmente favorables, pero

con recaídas importantes. Durante la evolución inicial se determinó obesidad mórbida grado III.

Se preparó a la paciente previa a la intervención quirúrgica: en donde fue valorada por el psicólogo de la unidad clínica y se determinó que era apta para la operación debido a que no presenta ningún trastorno psicológico como depresión o ansiedad y de igual forma fue valorada por el nutricionista de la unidad para establecer un programa dietético adecuado. Se realizaron estudios pre quirúrgicos que incluyeron: exámenes hormonales, glucosa, urea, creatinina, función hepática, y enzimas que no mostraron alteraciones, con excepción en el GGT (37.8 UI) en donde se muestra un pequeño aumento en el rango normal.

En la endoscopia digestiva alta no se reportó dificultad para el paso del endoscopio; en zona de esófago se evidenció una línea irregular a 35 cm de la arcada dentaria superior hiato a 36 cm, a nivel de tercio superior y medio e inferiores sin lesiones, con respecto al estómago se encontró una irregularidad en el antro, incisura y cuerpo donde se observó congestiva parcelar con algunas petequias. El electrocardiograma (ECG) no presentó condiciones cardiovasculares o patologías agudas que contraindiquen el procedimiento. No se realizó radiografía de tórax. Se realizó el protocolo preoperatorio (Figura 1).

Durante la intervención quirúrgica, realizada en el Hospital del Río de la ciudad de Cuenca, bajo anestesia general, se



Figura 1. Preparación preoperatoria de la paciente.

colocó a la paciente en posición francesa, el monitor de la torre de laparoscopia fue colocado frente al cirujano que se encontraba entre las piernas de la paciente; del lado derecho el cirujano #2 y en el lado izquierdo el ayudante con la cámara, posteriormente se realizó la respectiva asepsia y antisepsia, utilizando clorhexidina desde las mamas hasta la sínfisis del pubis y el borde superior del muslo. Se colocaron los campos quirúrgicos, después se realizó la colocación de la aguja de Veress en el punto de palmer, luego se procede a la insuflación de la cavidad con CO₂, realizando una incisión de 1 cm que deja una distancia en donde la referencia iba a ser un puño de la mano a cada lado del apéndice xifoides en dirección de línea media al ombligo. Se procedió a realizar la profundización con visión directa, en donde lo primero que hace el cirujano es introducir el primer trocar, que es el optiview con la cámara, lo que le permite visualizar en el monitor la forma en que se va abriendo camino, mediante trócares que divulsionan, pero no cortan. Laparoscopia diagnóstica para la visualización de la cavidad, siguiendo el procedimiento se introdujo el segundo trocar de 12 mm que es el subxifoideo, con una incisión en piel de 0.5 cm para la captación del hígado. Seguimos con el tercer trocar de 12 mm ubicado al lado izquierdo del paciente a nivel del ombligo a la misma altura de los demás, para el cuarto trocar de 12 mm repetimos el mismo procedimiento para el lado derecho y realizamos una incisión de 1 cm (Figura 2) (Figura 3).

Se continúa con la extracción cefálica de estómago, ligadura de sección con bisturí armónico (Ethicon) de los vasos cortos del estómago con dirección cefálica/caudal. Una vez exento el estómago nos aseguramos que los vasos cortos están liberados del epiplón, se inicia la disección de la

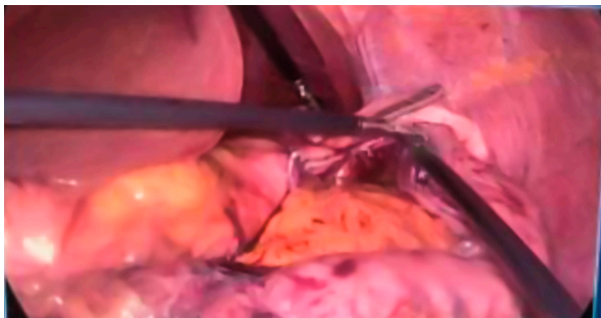


Figura 2. Corte de vasos sanguíneos y adherencias hacia la parte superior del estómago, parte con relación al páncreas y bazo.

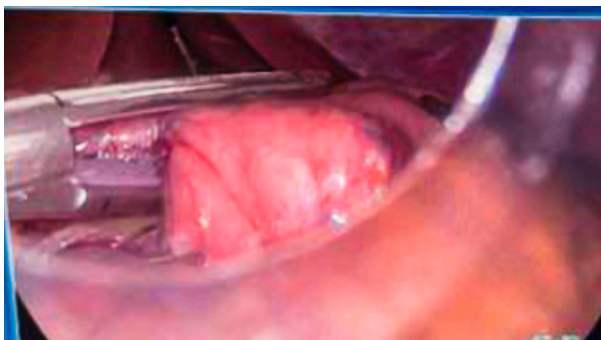


Figura 3. Profundidad del tejido.

porción media en forma ascendente entre 2 y 5 cm proximal al pilar izquierdo, una vez liberado se disecciona de la mitad para abajo hasta 4 cm del píloro.

Después de la exposición del pilar diafragmático izquierdo y la separación adecuada de la parte posterior del estómago, se inicia una gastrectomía vertical a 4-6 cm proximal al píloro con la creación de un estómago tubularizado que mide 36 French de diámetro. Se procede a la calibración y colocación de la manga gástrica con una sonda French 36, con la ayuda del anestesiólogo, se introduce la sonda pasando el píloro de 1 a 2 cm para que el cirujano traccione con las pinzas el estómago, dando comienzo al grapeo por el puerto izquierdo con una grapadora lineal y recta de 60 mm de color morada, dando lugar a la primera grapa midiendo 4 cm desde el píloro hacia cefálico donde sería el punto de inicio de la manga, la función de la sonda es de darle una forma armoniosa a la manga, en este proceso se utilizan de 6 a 7 grapas hasta llegar proximalmente al ángulo de His, dejando 1 cm de tejido.

Una vez formada la manga se lateraliza el estómago que se va a extraer a un lado y se da inicio a una sutura continua hemostática con hilo de sutura prolene 2.0 alrededor de toda la manga. Con respecto al secado de cavidad se coloca una pinza para proceder a cerrar el orificio, se retira la sonda a la unión gastroesofágica para poder realizar una prueba de azul de metileno, colocando gasas en todo el margen de la línea de sutura, el anestesiólogo procede a insuflar la manga a presión con azul de metileno aproximadamente 150 ml, se seca progresivamente la cavidad realizando un control de hemostasia, seguidamente se coloca un drenaje de Penrose, por último, se retira los trocares con visión directa, controlando sangrado en los puntos de incisión y se procede a cerrar la piel (Figura 4) (Figura 5).

En el postquirúrgico se le dejó a la paciente con NPO (nada por vía oral) por 6 horas, en donde pasado este tiempo se le hizo la prueba de tolerancia a líquidos claros (gatorade azul, rojo o amarillo, ya que no tienen azúcares) fríos o helados. Se inició con dosis de 30 ml en la primera hora, aumentando 30 ml por hora y llegando a las 5 horas en donde se

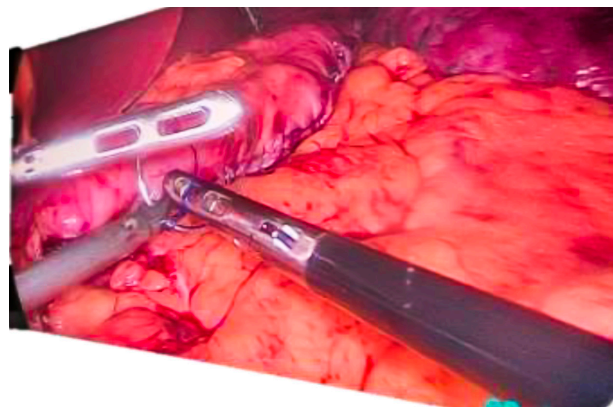


Figura 4. Colocación de sutura continua hemostática con hilo de sutura prolene 2.0.

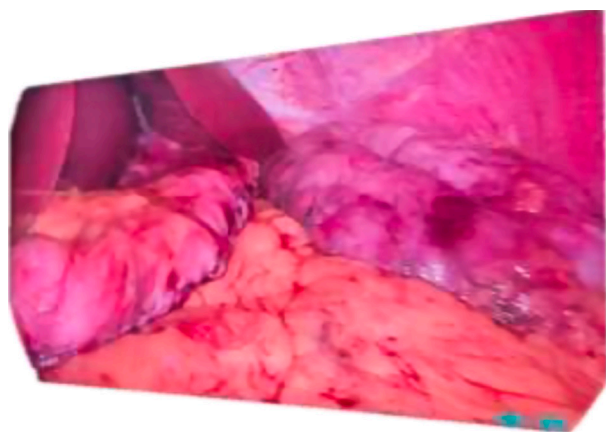


Figura 5. Vista de Manga gástrica terminada

administró 150 ml que fueron tolerados por la paciente. Control de signos vitales, control de ingesta y eliminación, control de apósitos, sangrado y cuantificación de drenaje, se dejó también lactato de ringer para 24 horas (125 ml por hora), ketorolaco 60 ml cada 8 horas, y omeprazol 40 ml QD, obteniendo una evolución favorable y buen pronóstico, por lo que fue dada de alta con las medidas terapéuticas indicadas.

Discusión

En la actualidad, el manejo quirúrgico de la obesidad tiene notorios beneficios en los pacientes que presentan obesidad con un IMC que excede los rangos normales, no solo con relación a la pérdida de peso, sino también en el manejo de enfermedades asociadas a esta como lo es la Diabetes Mellitus tipo 2⁽⁶⁾.

La manga gástrica y bypass gástrico laparoscópico son las técnicas quirúrgicas más frecuentes elegidas por los cirujanos con experiencia en cirugía metabólica para tratar este tipo de pacientes, por lo que en una revisión sistemática realizada se analizaron artículos extraídos de fuentes confiables como PubMed, Scielo, sistémicos, Scopus, Redalyc, en donde se evidencia que la cirugía

bariátrica en específico la manga gástrica y bypass son dos de los métodos más rápidos, menos invasivos y con mayor pronóstico positivo para los pacientes que desean bajar de peso tras haber probado más métodos y no obtener buenos resultados⁽⁶⁾.

Hernández M., Kapur A, Thodiyil P, entre otros investigadores de nuestra revisión concuerdan con que se puede evidenciar favorecimiento de estas nuevas técnicas quirúrgicas que ya desde hace varios años se han presentado en diferentes partes del mundo en donde la evidencia es clara y denota la mejoría, no solo como remisión sino también en la prevención de varias patologías anexas a la obesidad, como el caso incluso de la apnea del sueño, de la misma manera se disminuye el riesgo en los pacientes de sufrir infarto agudo de miocardio (IAM) en edades tempranas, que representa una de las patologías con más incidencia a nivel mundial⁽⁷⁾.

Conclusión

Consideramos que la manga gástrica es una favorable alternativa que promueve la pérdida de peso progresiva, por ende es eficaz para conseguir bajas tasas de obesidad en distintos grados, reducir el perímetro abdominal y controlar las comorbilidades que van de la mano como es la diabetes, dislipidemia y la hipertensión.

En nuestro caso clínico se ha demostrado los efectos positivos a corto y mediano plazo y de la misma manera no se descarta que estos resultados sean directamente proporcionales al tiempo con los controles pertinentes de las diferentes especialidades como es nutrición, psicología, etc. Se visualizó la estadística en lo referente a reducción de peso y control de dichas comorbilidades al comparar el ingreso de la paciente con los controles posquirúrgicos. De tal manera se lleva un seguimiento al paciente por un mayor tiempo para poder identificar algún caso de complicaciones tardías.

1. Polyzos SA, Kountouras J, Mantzoros CS. Obesity and nonalcoholic fatty liver disease: From pathophysiology

Referencias bibliográficas

1. to therapeutics. *Metabolism*. 2019; 92:82–97. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.11.014>
2. Perez-Campos E, Mayoral L-C, Andrade G, Mayoral E-C, Huerta T, Canseco S, et al. Obesity subtypes, related biomarkers & heterogeneity. *Indian Journal of Medical Research*. 2020;151(1):11. https://doi.org/10.4103/ijmr.ijmr_1768_17
3. Litwin M, Kulaga Z. Obesity, metabolic syndrome, and primary hypertension. *Pediatric Nephrology*. 2020;36(4):825–37. <https://doi.org/10.1007/s00467-020-04579-3>
4. Golden A. Obesity's Impact. *Nursing Clinics of North America*. 2021; 56(4):xiii–xiv. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2021.08.004>
5. Chen K, Lin Y, Luo P, Yang N, Yang G, Zhu L, et al. Effect of laparoscopic sleeve gastrectomy on drug pharmacokinetics. *Expert Review of Clinical Pharmacology*. 2021;14(12):1481–95. <https://doi.org/10.1080/17512433.2021.1997585>
6. Poelmeijer YQM, Liem RSL, Våge V, Mala T, Sundbom M, Ottosson J, et al. Gastric Bypass Versus Sleeve Gastrectomy: Patient Selection and Shortterm Outcome of 47,101 Primary Operations From the Swedish, Norwegian, and Dutch National Quality Registries. *Ann Surg*. 2020;272(2):326–33.
7. Miranda L, Erika Eliana Mosquera, Tingo P, Franco CV. Manga gástrica laparoscópica, técnica quirúrgica, resultados, ventajas y desventajas. *Journal of American Health [Internet]*. 2021 Aug 12 [cited 2023 May 26]; <https://doi.org/10.37958/jah.v0i0.88>