



ARTICULO ESPECIAL

Atlas de imágenes Laparoscópicas del Cruce Duodenal (Parte II)

Laparoscopic Imaging Atlas of the Duodenal Switch (Part II)

Nieves Pérez, Carlos Serra, Rafael Bou, María Ortín, Aniceto Baltasar

Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante. España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: baltasarani@gmail.com (Aniceto Baltasar).

Recibido el 26 de noviembre de 2019; aceptado el 8 de diciembre de 2019.

Cómo citar este artículo:

Pérez N, Serra C, Bou R, Ortín M, Baltasar A. Atlas de imágenes Laparoscópicas del Cruce Duodenal (Parte II). JONNPR. 2020;5(9):919-32. DOI: 10.19230/jonnpr.3457

How to cite this paper:

Pérez N, Serra C, Bou R, Ortín M, Baltasar A. Laparoscopic Imaging Atlas of the Duodenal Switch (Part II). JONNPR. 2020;5(9):919-32. DOI: 10.19230/jonnpr.3457



This work is licensed under a Creative Commons
Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License
La revista no cobra tasas por el envío de trabajos,
ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.

Resumen

La Derivación Bilio-Pancreática laparoscópica (DBP) con Cruce Duodenal (CD) es una operación técnicamente desafiante que requiere una extensa disección quirúrgica, transección y restauración de la continuidad intestinal, y habilidades avanzadas de sutura laparoscópica.

Palabras clave

Cruce duodenal; Cirugía bariátrica; Derivación bilio-pancreática

Abstract

Laparoscopic Bilio-Pancreatic Diversion (BPD) with Duodenal Switch (CD) is a technically challenging operation that requires extensive surgical dissection, transection and restoration of bowel continuity, and advanced laparoscopic suturing skills.



Keywords

Duodenal Switch; Bariatric Surgery; Bilio-pancreatic Diversion

En el número anterior de la Revista se ha publicado la primera parte de este artículo en la que se detalla el Paso 1 del Procedimiento⁽¹⁾

PROCEDIMIENTO

Paso 2 - Derivación bilio-pancreática (DBP).

El paciente cambia a la posición de Trendelenburg y el cirujano y los asistentes se mueven a la cabecera del paciente. El intestino delgado se mide con pinzas atraumáticas marcadas en 5 ms., empezando por la válvula ileocecal. Se identifica y mide el asa común (AC) de 100 cm y se marca con un clip distal y dos proximales. A partir de este nivel se miden otros 250 cm y se crea una ventana mesentérica con el bisturí armónico. El intestino delgado se secciona con una grapadora de 60 ms. El extremo del intestino situado a la derecha (extremo ileal distal) se desplaza hacia arriba sobre el mesocolon convirtiéndose en el asa alimenticia (AL) (Figuras 40-47).

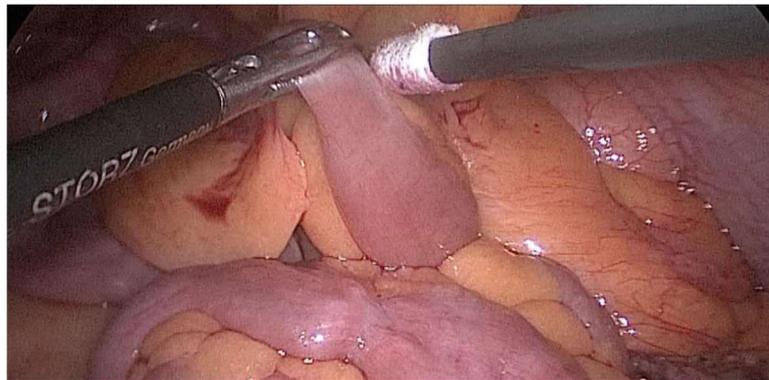


Figura 40

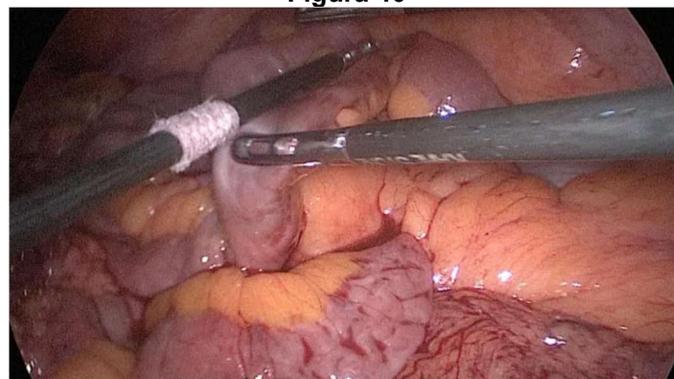




Figura 41

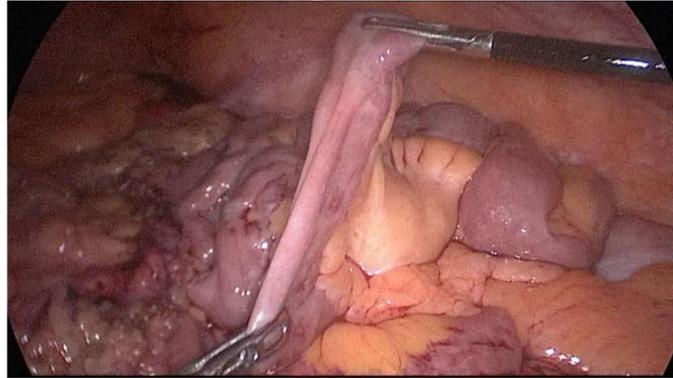


Figura 42

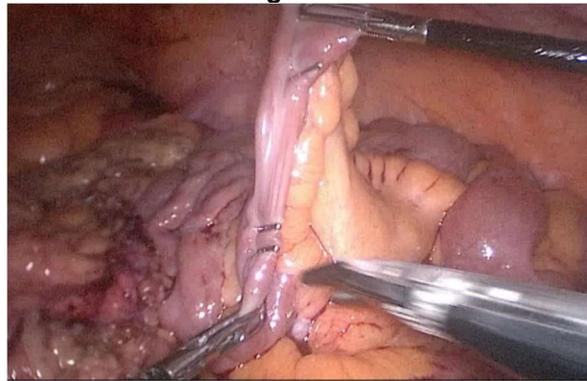


Figura 43

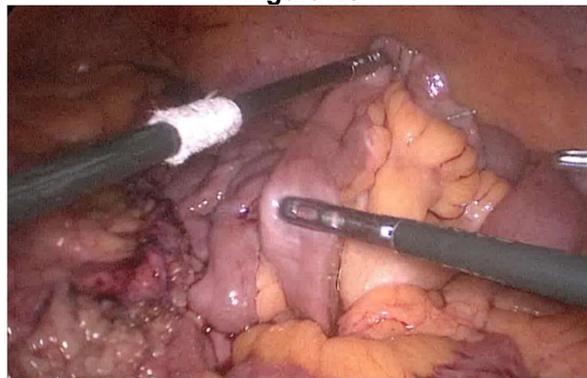


Figura 44



Figura 45

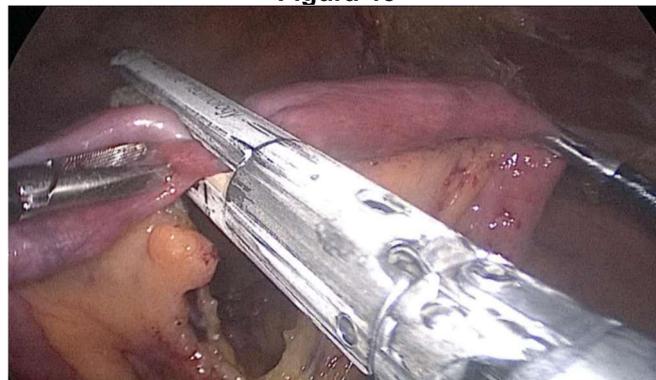


Figura 46



Figura 47

El extremo del intestino situado a la izquierda (extremo ileal proximal) será por lo tanto el asa bilio-pancreático (ABP).

La siguiente maniobra debe ser abrir el ABP cerca de la línea de grapas usando la grapadora harmónica. Luego, el cirujano sigue la extremidad alimentaria distalmente hasta que se identifican los clips anteriores.



La anastomosis lateral final manual se realiza con dos hilos: uno de 15 cm. y otro de 13 cm. de longitud y 3/0 de sutura Monoplus. La hebra más larga se utiliza para la capa posterior y la corta para la anterior. La sutura se termina anudando ambos hilos (Figuras 48-52).



Figura 48



Figura 49

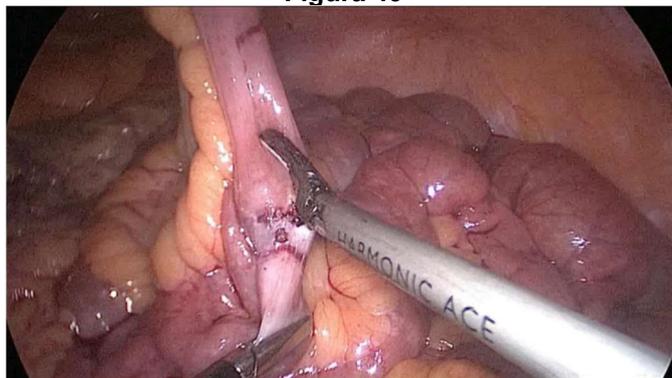


Figura 50

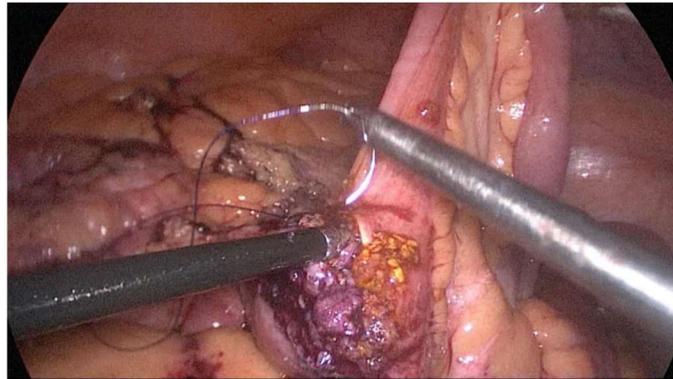


Figura 51



Figura 52

Finalmente, el defecto mesentérico se cierra con una sutura de Optilene de 2/0 (Figuras 53-54).

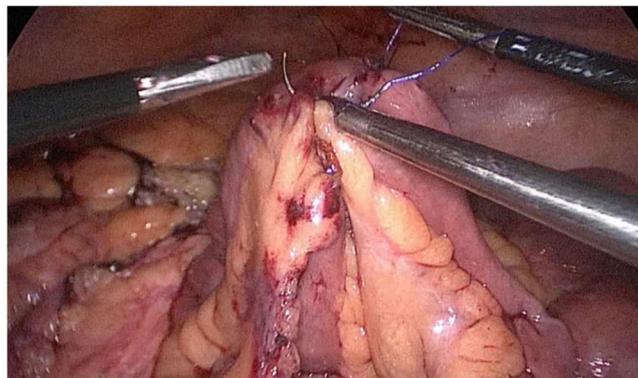


Figura 53

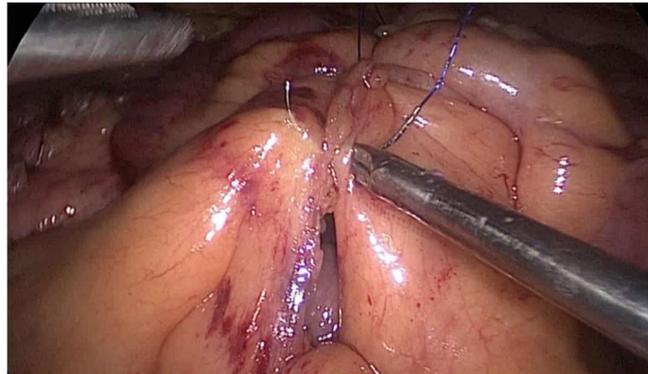


Figura 54

Paso 3. Anastomosis duodenal

De nuevo el paciente cambia a la posición anti-Trendelenburg y el cirujano pasa a estar entre las piernas. El AA había sido movido hacia arriba en una posición de cólico antepuesto.

Recomendamos usar una puntada de seda 2/0 para aproximar el duodeno y el íleon, y luego el asistente del lado izquierdo lo sostiene y mantiene estable la anastomosis (Figura 55).

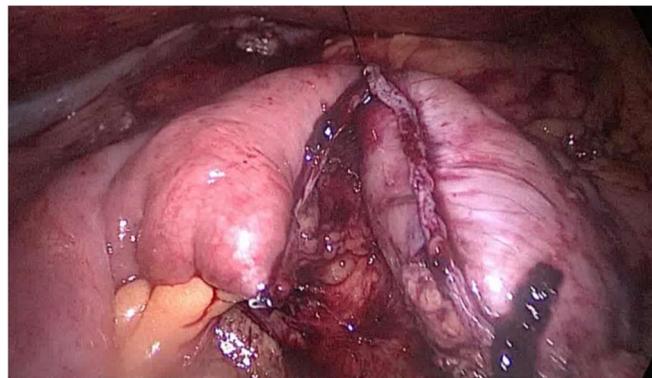


Figura 55

A continuación, abrimos el duodeno y el íleon a 1 cm de la línea de grapas con el bisturí harmónico.

Para la capa interior utilizamos se usan dos hilos atados, uno de 21 cm y otro de 16 cm de largo. Usamos el largo para la capa posterior porque necesitamos tomar grandes mordiscos. Por otro lado, la capa interna anterior es sólo sero muscular. La sutura se termina atando ambos hilos y luego se cierra la anastomosis. La última capa anterior (opcional) es una sutura sero-serosa monoplus de 3/0. (Figuras 56-57)

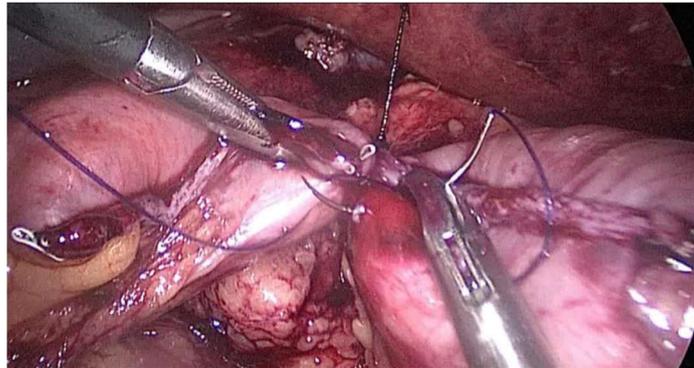


Figura 56

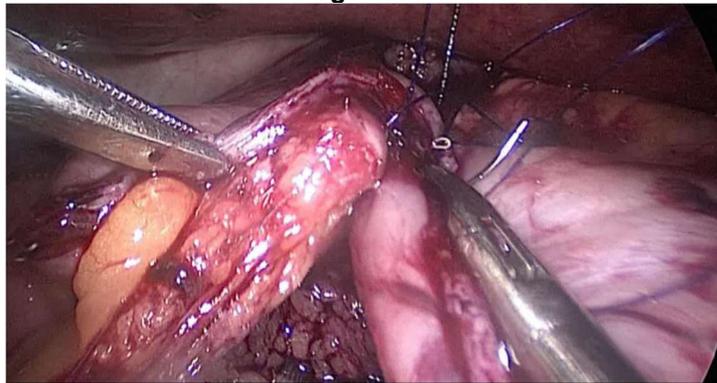


Figura 57

Por la sonda nasogástrica y se realiza una prueba de azul de metileno para verificar la anastomosis. (Figuras 58-59)



Figura 58

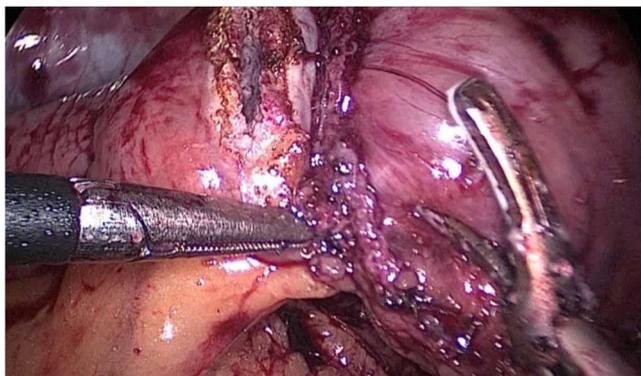


Figura 59

Para la capa interior utilizamos dos hilos atados, uno de 21 cm y otro de 16 cm de largo. Usamos el largo para la capa posterior porque necesitamos tomar grandes mordiscos. Por otro lado, la capa interna anterior es sólo sero muscular. La sutura se termina atando ambos hilos y luego se cierra la anastomosis. La última capa anterior (opcional) es un sero - serosa monopulus 3/0. (Figuras 60-68)



Figura 60

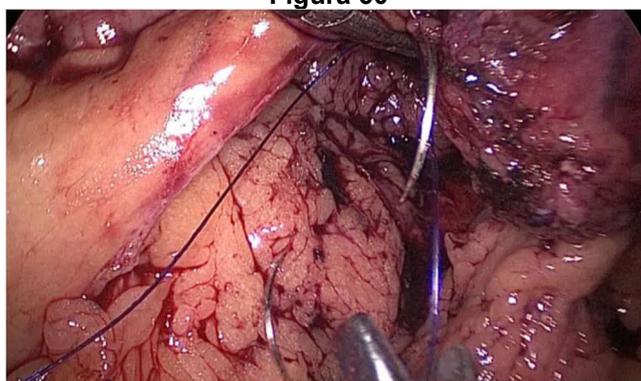


Figura 61

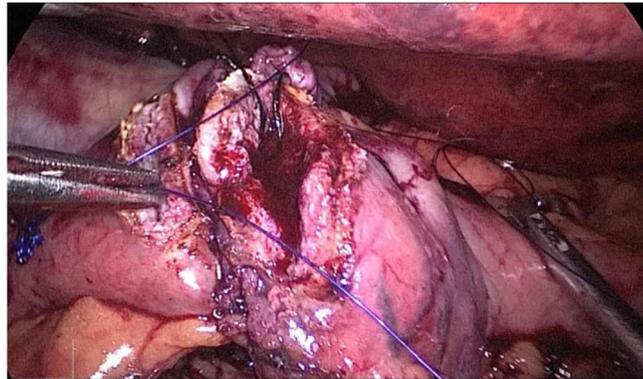


Figura 62



Figura 63

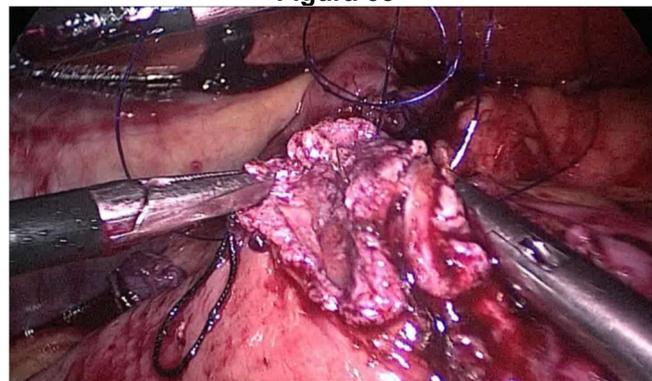


Figura 64

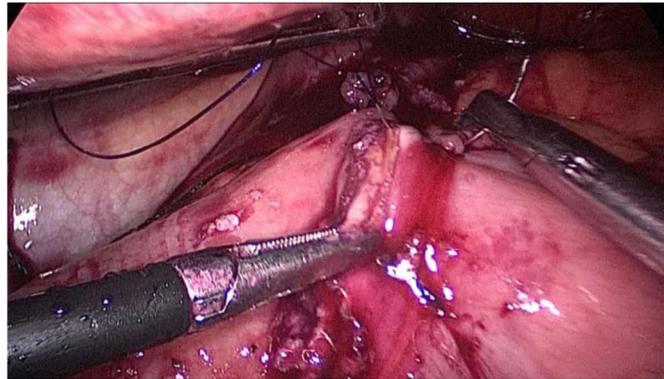


Figura 65

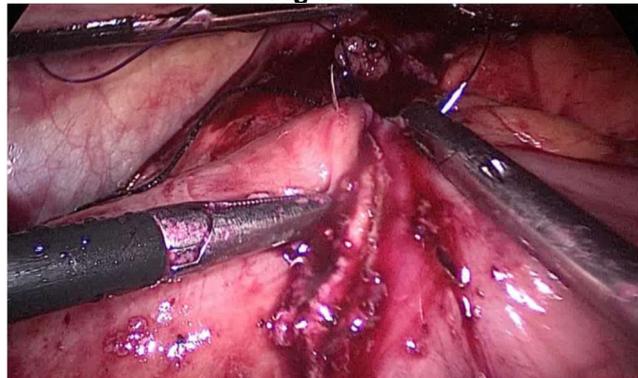


Figura 66

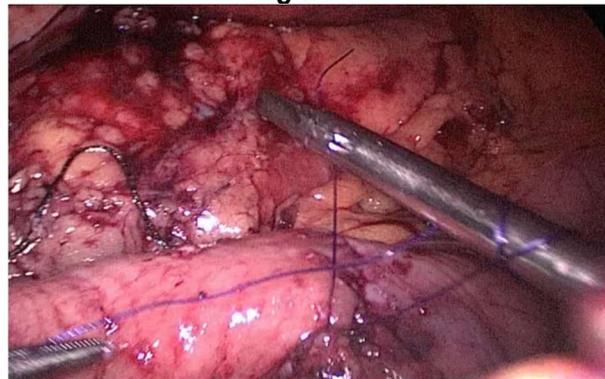


Figura 67

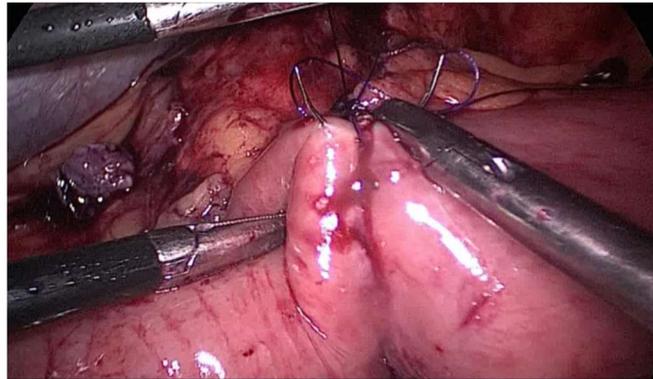


Figura 68

Rutinariamente colocamos una sonda nasogástrica y se realiza una prueba de azul de metileno para verificar la anastomosis. (Figuras 69-70)

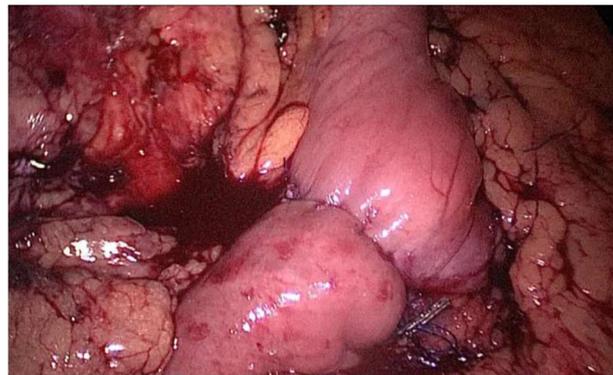


Figura 69



Figura 70

El estómago excluido se extrae del puerto de 12 mm a la derecha, y un drenaje de Blake es subhepático a la izquierda, cerca de la unión esofágico-gástrica.



Cerramos el puerto de 12 mm en visión directa con una aguja de polipropileno 0
(Figuras 71-74).

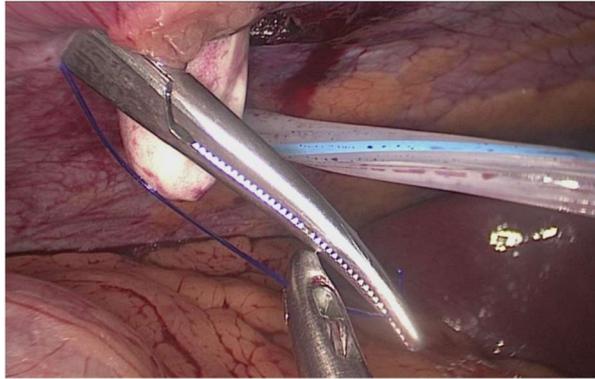


Figura 71

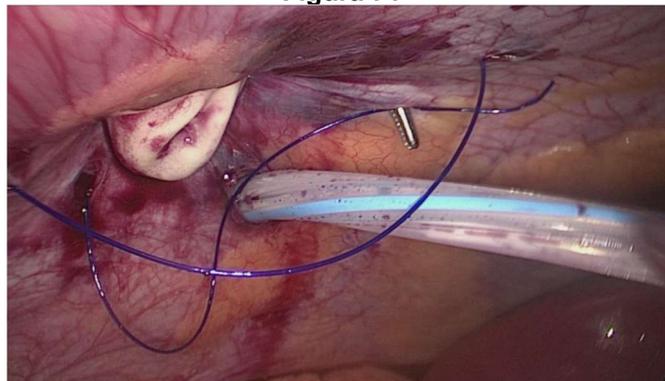


Figura 72

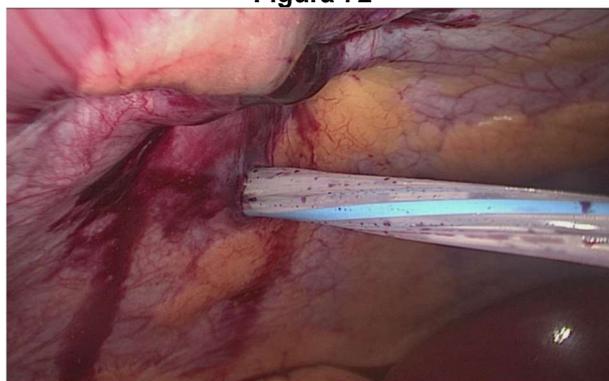


Figura 73



Figura 74. El estómago resecado

Referencias

1. Pérez N, Serra C, Bou R, Ortín M, Baltasar A. Atlas de imágenes Laparoscópicas del Cruce Duodenal (Parte I). JONNPR. 2020;5(8):772-91. DOI: 10.19230/jonnpr.3426