



ARTICULO ESPECIAL (Versión española)

## Anudado deslizante con autobloqueo y de Aberdeen en las suturas bariátricas laparoscópicas. Video

### *Sliding and self-locking and Aberdeen knot in laparoscopic bariatric sutures. Video*

Aniceto Baltasar, Carlos Serra, Rafael Bou, Marcelo Bengochea, Nieves Pérez

Hospital Comarcal y Clínica San Jorge de Alcoy. España

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

Recibido el 19 de octubre de 2019; aceptado el 7 de diciembre de 2019.

**Cómo citar este artículo:**

Baltasar A, Serra C, Bou R, Bengochea M, Pérez N. Anudado deslizante con autobloqueo y de Aberdeen en las suturas bariátricas laparoscópicas. Video. JONNPR. 2020;5(5):473-77. DOI: 10.19230/jonnpr.3323

**How to cite this paper:**

Baltasar A, Serra C, Bou R, Bengochea M, Pérez N. Sliding and self-locking and Aberdeen knot in laparoscopic bariatric sutures. Video. JONNPR. 2020;5(5):473-77. DOI: 10.19230/jonnpr.3323



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.

El refuerzo de la línea de sutura de grapas puede realizarse con diferentes materiales. Lo mejor es hacer una sutura continua y envolvente en toda la línea, incluyendo el epiplón. En nuestra institución, tenemos una vasta experiencia de pacientes operados con cruce duodenal (CD) y gastrectomía vertical laparoscópica (GVL). Usamos una sonda de 12 mm intragástrica como guía y de vascularizamos toda la curvatura mayor pasando 1.5 cm distal píloro.

Iniciamos la gastrectomía en píloro con grapadoras secuenciales hasta la unión esófago-gástrica. Rutinariamente tratamos de prevenir hemorragias y fugas en la línea de grapas con una sutura de refuerzo que incluye epiplón, la pared gástrica posterior y luego la anterior en toda la longitud de la línea de grapas gástricas. El objetivo de utilizar el epiplón, ya dividido, junto con la línea de sutura es evitar rotaciones del tubo gástrico.



El anudado en esta parte superior del tubo gástrico *no es una tarea especialmente fácil* en el obeso mórbido. La enfermera instrumentista (Figuras 1 y 2) crea un nudo deslizante en el extremo de la sutura de polipropileno 3/0, con una doble asa extracorpórea y así evitar la necesidad de hacer un nudo intra corpóreo.

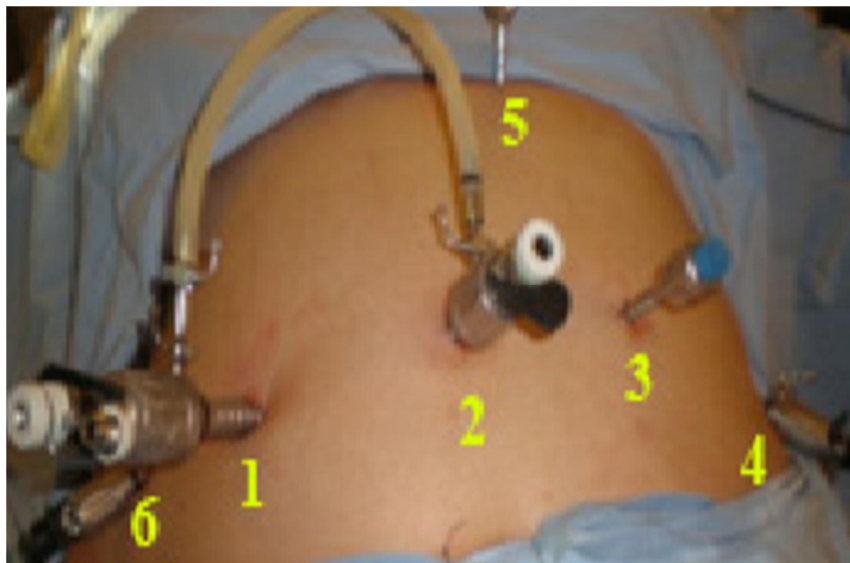


Figura 1. Puerto 1 para introducción de aguja

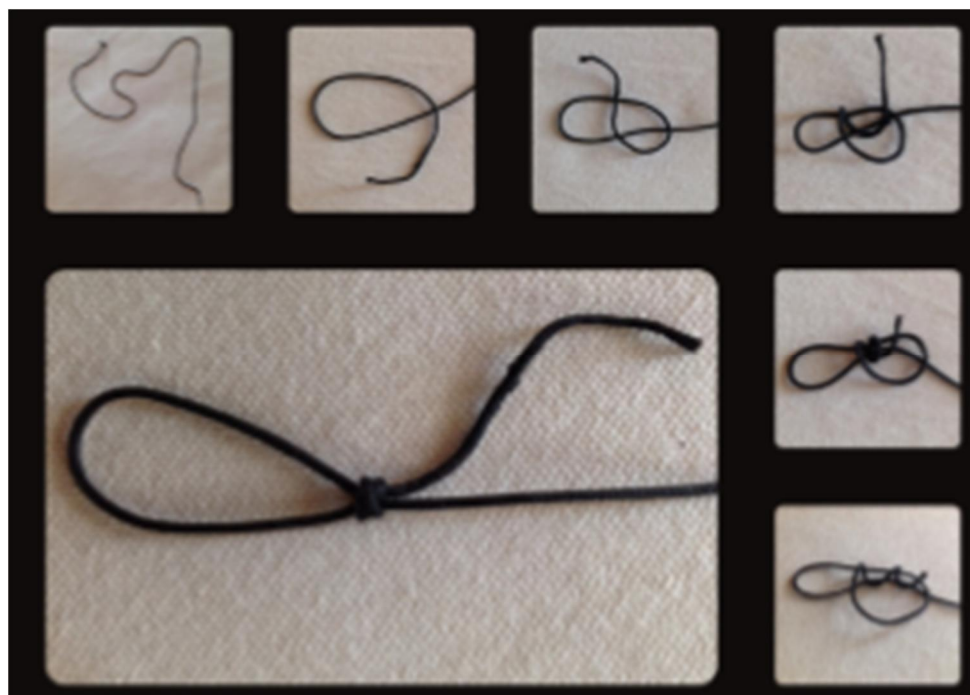


Figura 2. La instrumentista hace el nudo deslizante de autobloqueo



El cirujano pinza y sujeta el hilo muy próximo a la aguja con su *mano izquierda* y lo introduce en el abdomen por trocar de 10 (Figura 3). Ya en el abdomen, con el portaagujas de la *mano derecha* sujeta la aguja por el centro e inicia la sutura de ambas paredes gástricas. Basta con traccionar del hilo para completar el primer nudo. El procedimiento es rápido y fácil, sin tener que anudar en el abdomen.



**Figura 3.** El portaagujas sujeta el hilo junto a la aguja para introducirlo

Esta *primera sutura* de la línea de grapas se continua hasta la mitad de la línea y se termina con la aplicación del nudo de Aberdeen, también auto deslizante, al pasar dos veces el portaagujas alrededor de la sutura a tensión.

La *segunda parte de la línea de sutura* es similar, y empieza en la mitad de la línea de grapas, hasta terminar en píloro. El objetivo de utilizar este nudo de autobloqueo deslizante al principio de la línea de sutura es evitar el anudado intra corpóreo. El anudado tipo Aberdeen al final de ambas suturas es también muy simple y con el mismo efecto deslizante.



## Discusión

Hasta la fecha, no hay datos disponibles en la literatura que demuestren fuertemente las diferencias en términos de tasas de fuga entre los materiales de refuerzo en la GVL <sup>(1-5)</sup>. Pero con esta técnica no hemos tenido ni una sola fuga en las últimas 478 líneas de sutura. Y hemos seguido utilizando rutinariamente el nudo auto bloqueante para iniciar todas las suturas de los digestivas laparoscópicas y se remata con el nudo de Aberdeen. Daes <sup>(5)</sup> es el primero en describir este anudado en 2013 y nosotros añadimos <sup>(6,7)</sup> la plastia del epiplón al resto de la línea de grapas para evitar torsión del tubo gástrico. Otros autores han seguido utilizándola <sup>(8,9)</sup>.

Ver vídeo en: <https://www.youtube.com/watch?v=i4kNc8PJcEk>

## Referencias

1. Deitel M, Crosby RD, Gagner M. The First International Consensus Summit for Sleeve Gastrectomy. New York City, October 25–27, 2007. *Obes Surg.* 2008; 9:87–96.
2. Gagner M, Deitel M, Kalberer TL, et al. The Second International Consensus Summit for Sleeve Gastrectomy. March 19–21, 2009. *Surg Obes Relat Dis.* 2009; 5:476–85.
3. Deitel M, Gagner M, Erickson AL, et al. Third International Summit: Current status of sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis.* 2011;7: 749–59.
4. Rosenthal RJ. For the International Sleeve Gastrectomy Expert Panel. International Sleeve Gastrectomy Expert Panel Consensus Statement: Best practice guidelines based on experience of >12,000 cases. *Surg Obes Relat Dis.* 2012; 8:8–19.
5. Daes J. Self-locking first stitch in suture reinforcement of the laparoscopic gastric sleeve. *Obes Surg.* 2013; 23:795–5. doi:10.1007/s11695013-0941-z.
6. Serra C, Baltasar A, Andreo L, et al. Treatment of gastric leaks with coated self-expanding stents after sleeve gastrectomy. *Obes Surg.* 2014; 24:1739-1740
7. Baltasar A, Bou R, Serra C, Bengochea M, Perez N.: (2015) Use of self-locking knots in running intestinal bariatric sutures. *Global surgery*, 2015;.2: 100-101. doi: 10.15761/GOS.1000132



- 
8. Albanopoulos K, Flessas I, Zografos G, et al. Self-locking first stitch in suture reinforcement of the laparoscopic gastric Sleeve. *Obes Surg.* 2013; 23:796–7. doi:10.1007/s11695-013-0943-x.
  9. Stott PM, Ripley LG, Lavelle MA. The ultimate Aberdeen Knot. *Ann R Coll Surg Engl.* 2007; 89:713–7. doi:10.1308/ 003588407X205468.