



HOSPITAL
MACIEL



HOSPITAL DE CLINICAS
Dr. Manuel Quintela

709

CONTROL IMAGENOLÓGICO POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA BARIÁTICA CON ESOFAGO GASTRO DUODENO CONTRASTADO. PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS Y HALLAZGOS NORMALES.

Bruno POSE, Germán AMORIM, Daniela RODRÍGUEZ, Renzo DEL TORCHIO, Ernesto Nicolás FACCIOLA LEONETTI, Victoria GARCÍA, Irma LOMBARDO, Estefany GONZALEZ, Christian NAVAS, Martín RODRIGUEZ PARODI

Hospital Maciel – Montevideo – Uruguay

Los autores declaran no tener conflicto de intereses



OBJETIVOS:

- Conocer los diferentes protocolos quirúrgicos.
- Valorar los cambios anatómicos habituales en el postoperatorio inmediato.
- Valorar las claves diagnósticas y los hallazgos normales.



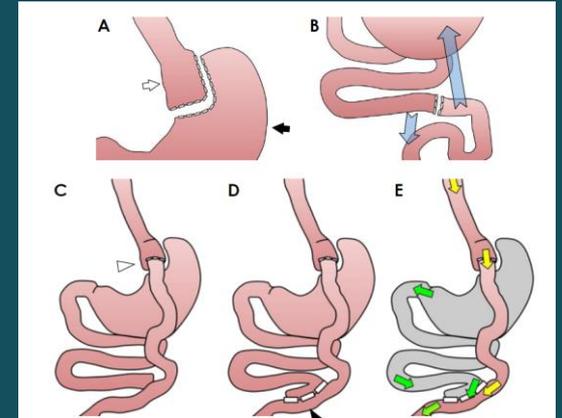
La obesidad mórbida:

- Problema epidemiológico mundial
- Enfermedad crónica
- Determina una disminución del promedio de vida directamente relacionado con el aumento de peso.



BY-PASS Gástrico en Y de Roux

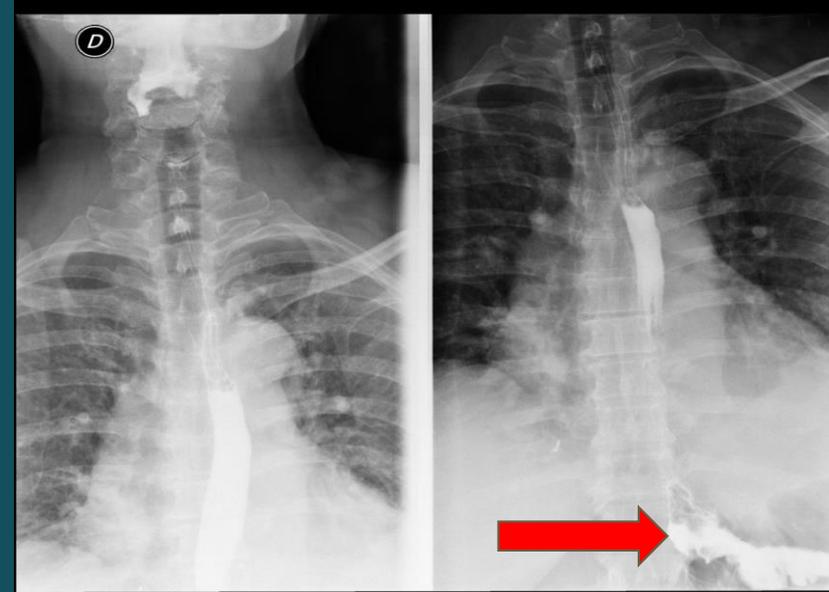
- Técnica restrictiva y malabsortiva. Su objetivo es retrasar el encuentro entre el bolo alimenticio y las secreciones gástricas y biliopancreáticas.
- Se divide un asa de yeyuno a 25-50 cm del ángulo de Treitz y se crea un reservorio gástrico proximal y se excluye el resto del estómago (remanente gástrico).
- Reservorio gástrico se anastomosa al cabo distal del asa de yeyuno dividida (asa alimentaria o eferente).
- El cabo proximal del asa dividida (asa biliopancreática o aferente) se anastomosa a la porción distal del asa alimentaria, para dar un asa común que continúa hacia el íleon.





- El estudio radiológico se realiza identificando la indemnidad del funcionamiento del tracto digestivo. Con esto valoramos el tiempo deglutorio, el pasaje esofágico y el funcionamiento del procedimiento. Debe existir un adecuado pasaje de contraste esófago gástrico.

- El muñón gástrico debe tener un volumen de 20 cc aproximado, que se puede tomar como referencia el tamaño de 1 cuerpo vertebral. Se debe evidenciar adecuado pasaje de contraste hacia el asa distal. Si es posible se puede valorar la presencia de reflujo hacia el esófago.

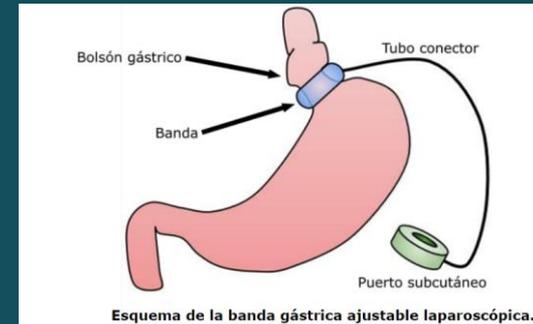


Flecha roja: muñón gástrico



BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE POR LAPAROSCOPIA:

- Técnica restrictiva y reversible.
- Se coloca banda inflable alrededor del fundus gástrico a 2 cm de la unión gastroesofágica, conectado a un puerto subcutáneo y a un tubo de conexión.
- Se crea un pequeño reservorio gástrico casi virtual (15-25 ml) para producir saciedad precoz en el paciente.
- Genera una estenosis gástrica proximal extrínseca.
- La posición alta de la banda produce un anillo de estrechamiento que retarda el paso del alimento hacia la cámara gástrica distal. Este anillo puede ser ajustado desde un puerto distal colocado en la fascia muscular, bajo la piel y el tejido celular subcutáneo.



Esquema de la banda gástrica ajustable laparoscópica.



Hallazgos radiológicos normales:

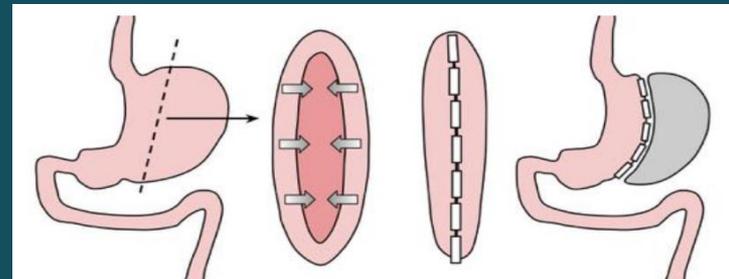
- Banda oblicua, con borde lateral más craneal que el medial. Ángulo entre el eje de la columna vertebral y el eje largo de la banda (ángulo Phi) entre 4 y 58.
- En una proyección AP la banda debe verse de perfil. Eje del estoma orientado de medial a lateral y de superior a inferior, pero no de anterior a posterior.
- Tubo íntegro y conectado a la banda y al puerto subcutáneo.
- Bolsón gástrico ('estómago proximal al estoma) de aprox. 4 cm de diámetro.
- Paso adecuado de contraste oral a través del estoma, sin retención excesiva del mismo.





Gastrectomía en Manga

- Técnica restrictiva, irreversible.
- Se realiza una división vertical del estómago a lo largo de una línea paralela a la curvatura mayor.
- La línea de grapado se inicia 5 cm proximal al píloro y se continúa hasta el ángulo de His.
- El antro se preserva por completo.
- El objetivo es excluir el fundus y la curvatura mayor, y cerrar el estómago remanente mediante una línea de grapas.
- Se modifica la forma del estómago funcional para reducir su volumen y favorecer la sensación de saciedad.
- Volumen gástrico residual es aprox. 100-150 cc.



Esquema de la cirugía de gastroplastia tubular. Se reduce el calibre del estómago, dividiéndolo a lo largo de una línea paralela a la curvatura mayor. Se excluye parte del fundus y el cuerpo (sombreadas en gris) y se preserva el antro.



- **Hallazgos normales EGD:**

- Remanente gástrico alargado.
- Ensanchamiento abrupto en el antro (este se preserva por completo).
- Puede ser normal una disminución de la peristalsis con retención proximal de contraste en el PO temprano.