



[Revista de la Facultad de Medicina](#)

versión impresa ISSN 0798-0469

RFM v.27 n.2 Caracas jun. 2004

Gastrectomía total con reconstrucción esófago-yeyuno anastomosis en "Y" De Roux por laparoscopia.

Primer caso en el hospital Universitario de Caracas.

Descripción De La Técnica

E García¹, G Benítez², F Obregón¹, R Saade³, A Sánchez⁴ y J González⁵.

1 Residente de tercer año Cirugía General. Facultad de Medicina. Escuela Luis Razetti.

2 Profesor Agregado, Facultad de Medicina. Escuela Luis Razetti. Cátedra de Cirugía III.

3 Cirujano General. Jefe Quirúrgico. Hospital Universitario de Caracas.

4 Profesor Instructor. Facultad de Medicina. Escuela Luis Razetti. Cátedra de Cirugía III.

5 Residente de segundo año Cirugía General. Facultad de Medicina. Escuela Luis Razetti.

RESUMEN: Reporte de un primer caso realizado en el Hospital Universitario de Caracas, de un paciente masculino de 46 años de edad, con neoplasia intra epitelial de alto grado en fundus gástrico, a quién se le realizó gastrectomía total con reconstrucción esófago-yeyuno anastomosis en "Y" de Roux término – lateral por laparoscopia.

Palabras Clave: Esófago–yeyunostomía en Y de Roux, Gastrectomía total laparoscópica.

ABSTRACT: A first case report at Hospital Universitario of Caracas of 46 year old male patient with high grade intraepithelial gastric neoplasia. Total gastrectomy with terminal-side esophagojejunostomy Roux -en- Y was made by laparoscopic technique.

Key Words: Esophagojejunostomy -en- Y Roux, Total laparoscopic gastrectomy.

Fecha de Recepción: 01/07/2004 Fecha de Aprobación: 11/10/2004

INTRODUCCIÓN

Desde la primera apendicectomía laparoscópica realizada por Kurt Semm en 1983 y la primera colecistectomía laparoscópica realizada por Eric Mühe en 1985, los avances en esta innovadora técnica quirúrgica son vertiginosos, siendo de primera elección, por su seguridad y eficacia, para muchos cirujanos. En Venezuela, la cirugía gástrica laparoscópica es un territorio virgen, siendo importante para el desarrollo de esta técnica casos como el que presentamos a continuación.

PACIENTE Y TÉCNICA QUIRÚRGICA

Paciente hospitalizado en Servicio de Cirugía III del Hospital Universitario de Caracas, en Agosto del 2004, con neoplasia intra epitelial de alto grado en fundus gástrico sin evidencia de enfermedad a distancia.

MATERIALES

Servicios Personalizados

Revista

Artículo

Indicadores

Links relacionados

Compartir

Otros

Otros

Permalink

- Equipo laparoscópico marca Wolf®.
- Óptica de 0o marca Wolf®.
- Pinzas laparoscópicas: Disector, Grasper, Babcock, Porta-gujas, Separador hepático, Allis modificado, marca Gimmi®.
- Bisturí armónico laparoscópico (Ethicon®)
- Trocares: (5) de 10-12 mm con reductores a 5mm.
- Autosuturadoras:
 - Lineal cortante de 45 mm endoscópica con tres recargas, marca Ethicon® .
 - Circular cortante de 25 mm, marca Ethicon® .
- Suturas: Ethibond® 2-0, Seda 2-0.

POSICIONAMIENTO Y UBICACIÓN DE PORTALES

- Paciente semi sentado o Trendelenburg invertido y piernas abiertas.
 - Cirujano entre las piernas (posición francesa).
 - Primer ayudante (cámara) lateral derecho.
 - Segundo ayudante, lateral izquierdo.
 - Tercer ayudante, lateral derecho, ([Figura 1](#) y [2](#)).

Figura 1

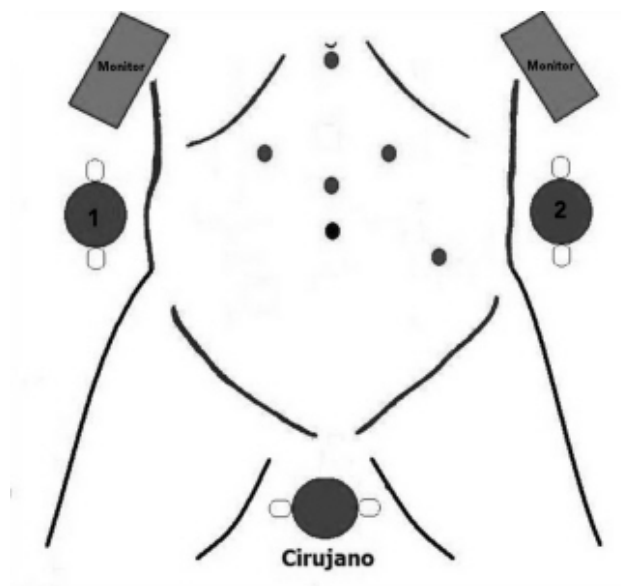
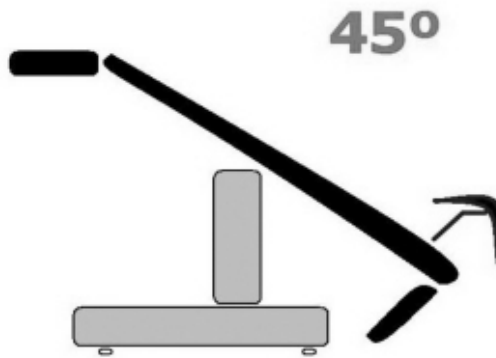


Figura 2



DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

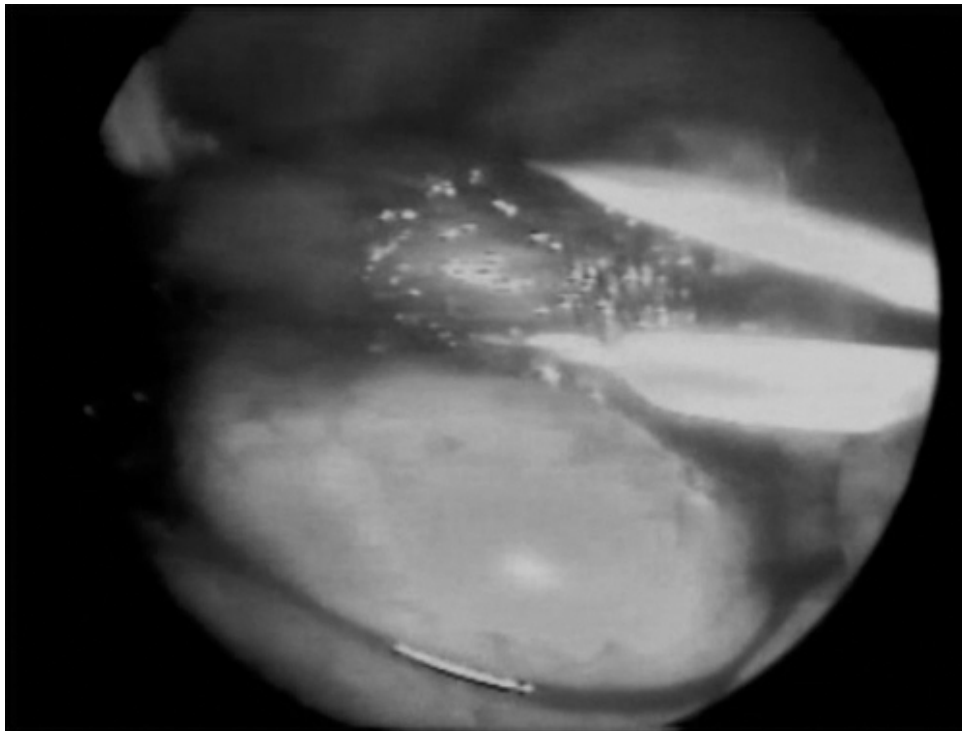
- Con técnica de Hasson, se introduce trocar de 10 mm supraumbilical.
- Bajo laparoscopia se introducen trocares paramediales derecho e izquierdo (en relación a línea medio clavicular), y otro epigástrico todos de 10-12 mm, con reductores a 5 mm.
- Se realiza laparoscopia diagnóstica y se determinan criterios de reseccabilidad.
- Con bisturí armónico y colocación de clip metálicos en vasos, se libera ligamento gastrocólico por fuera de la arcada gastroepiploica en sentido pilórico y esplénico.
- Se explora la transcavidad de los epiplones y cara posterior gástrica.
- Se colocan clips metálicos y se secciona la arteria gastroepiploica derecha cercana al píloro.
- Disección de espacio retropilórico, entre la arteria gastroduodenal y el primer vaso pancreaticoduodenal, siempre visualizando el hilio hepático para evitar lesiones sobre el mismo.
- En este momento se selecciona el sitio para introducción del trocar lateral izquierdo (10-12 mm), a través del cual se progresa autosuturadora endoscópica de 45mm y se secciona el píloro, quedando tanto duodeno como estómago cerrados.
- Con bisturí armónico se libera la curvatura menor. Se colocan clips metálicos y se seccionan arterias gástricas derecha e izquierda, y se continua la disección en sentido cefálico hasta la unión esófago gástrica.
- De igual manera se libera la curvatura mayor, seccionando y colocando clips en los vasos cortos, ([imagen 1](#)).

Imagen 1



□ Al tener bajo visión la unión esófago gástrica ([imagen 2](#)), se disecciona el esófago distal y se refiere (dren de penrose) para facilitar el acceso de la autosuturadora en el sitio donde será seccionado, ([imagen 2](#)).

Imagen 2



□ Sección con autosuturadora endoscópica de 45 mm, la cual es progresada a través del trocar paramedial derecho.

Una vez cerrada la maquina en el sitio elegido para la sección esofágica y antes de hacerlo se pasan dos referencias laterales paraesofágicas con sutura Ethibond® 2-0 con la finalidad de evitar el ascenso al tórax y facilitar su posterior manipulación, ([imagen 3 y 4](#)).

Imagen 3

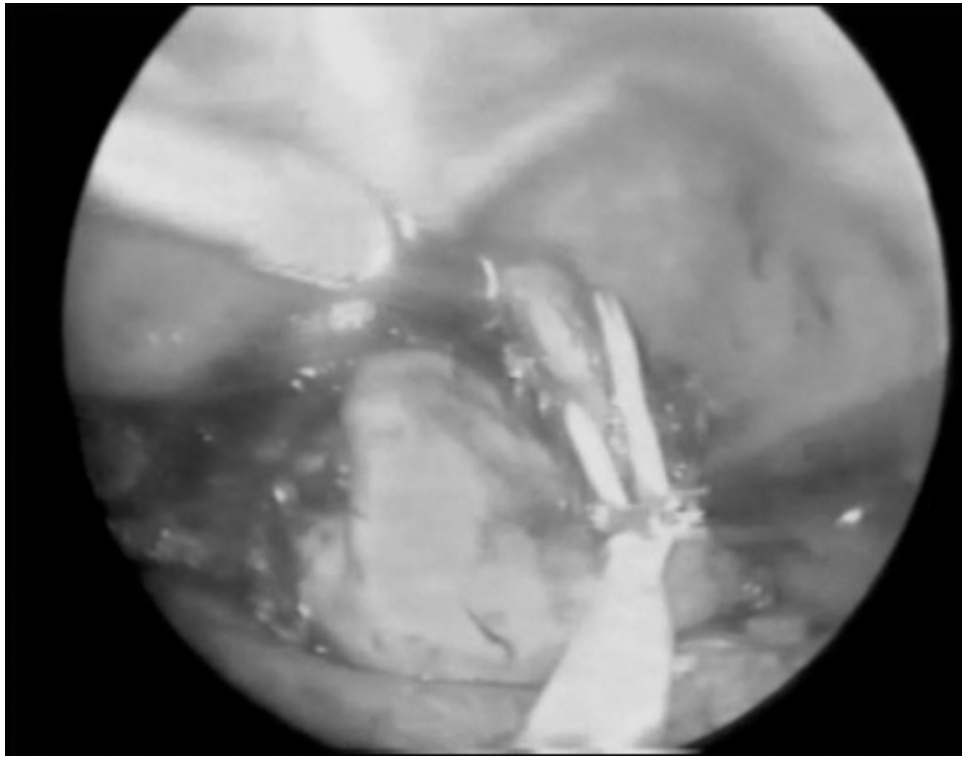
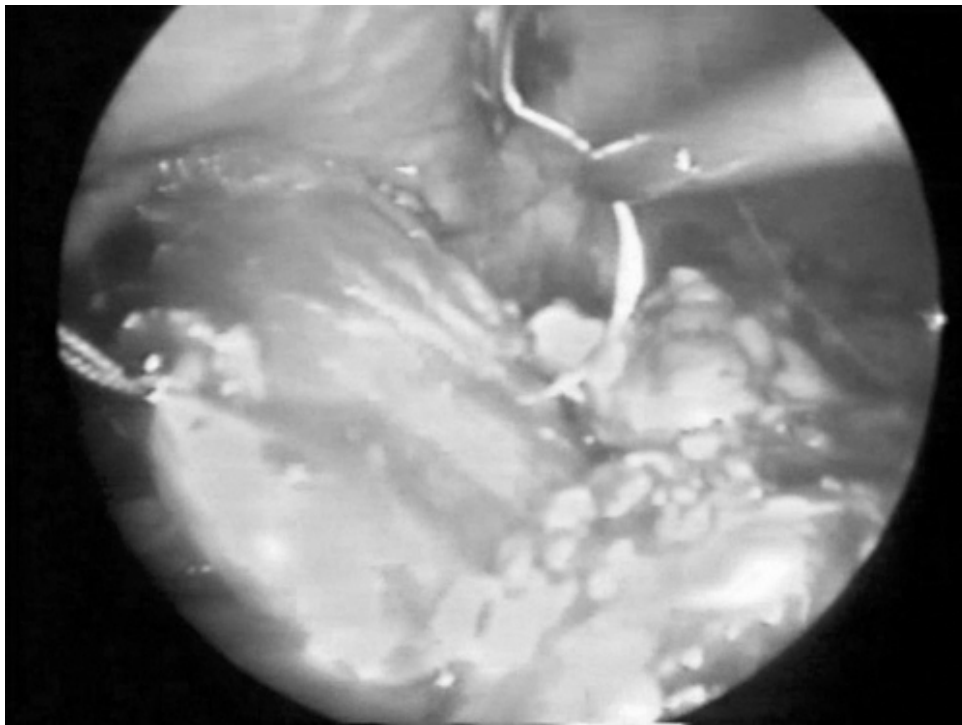


Imagen 4



□ El yunque contenedor de las grapas para confección de la anastomosis esófago-yeyuno término-lateral es introducido por la boca del paciente. Este se conecta al extremo distal de una sonda nasogástrica de 18 Fr. y se asegura con una sutura de seda.

□ Bajo visión laparoscópica sobre el extremo esofágico ya seccionado y en el sitio donde la sonda choca con la línea de grapas, se realiza una pequeña abertura que permite la colocación in situ del yunque, ([imagen 5](#) y [6](#)).

Imagen 5

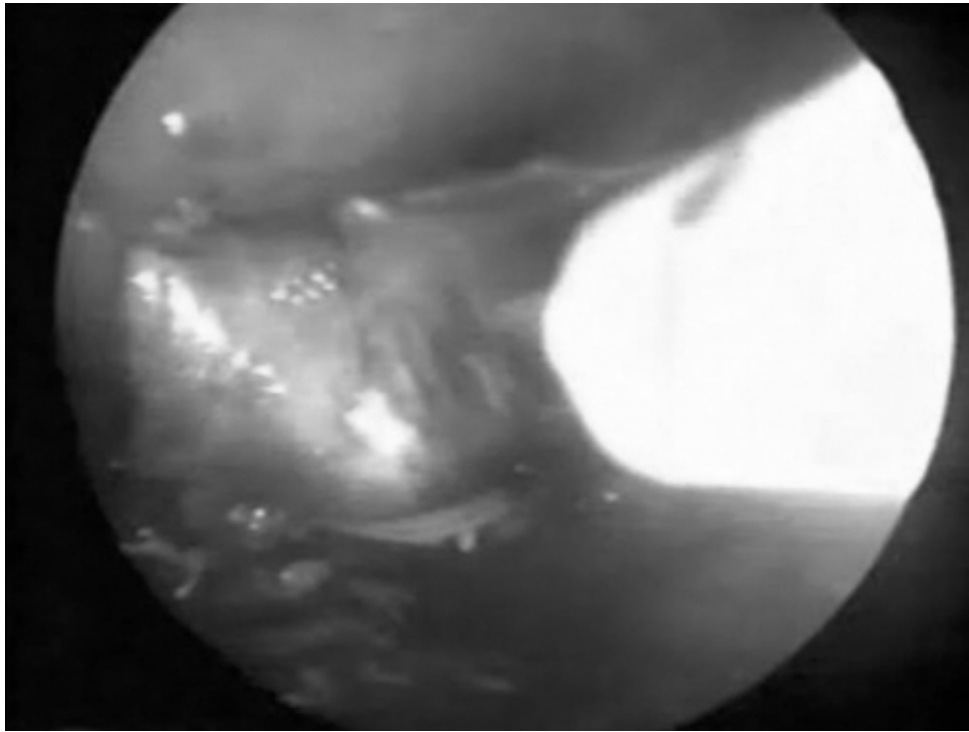
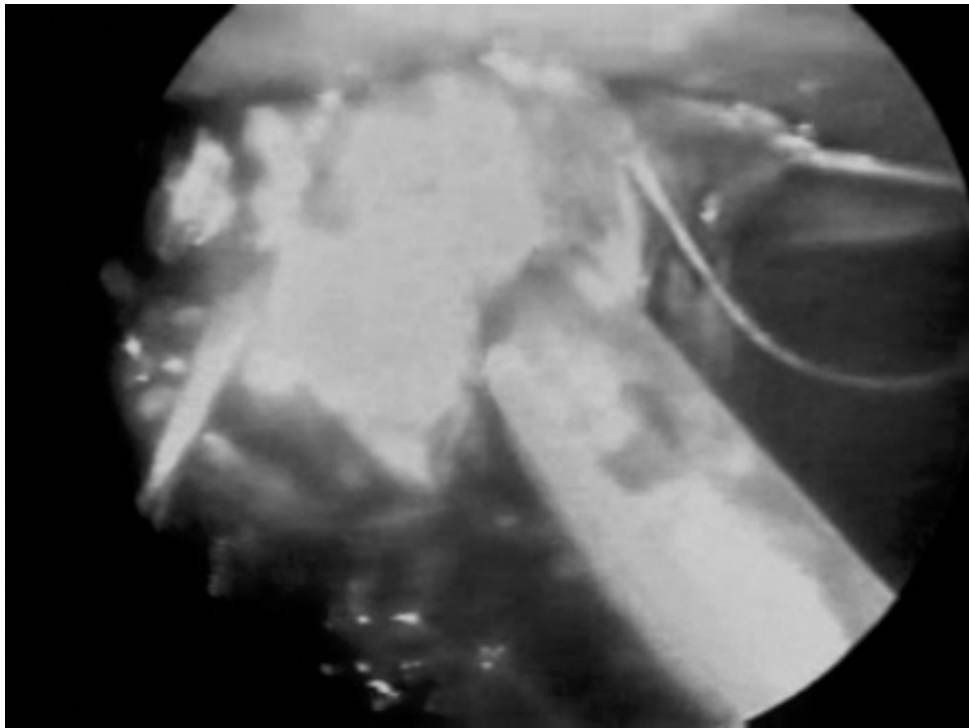


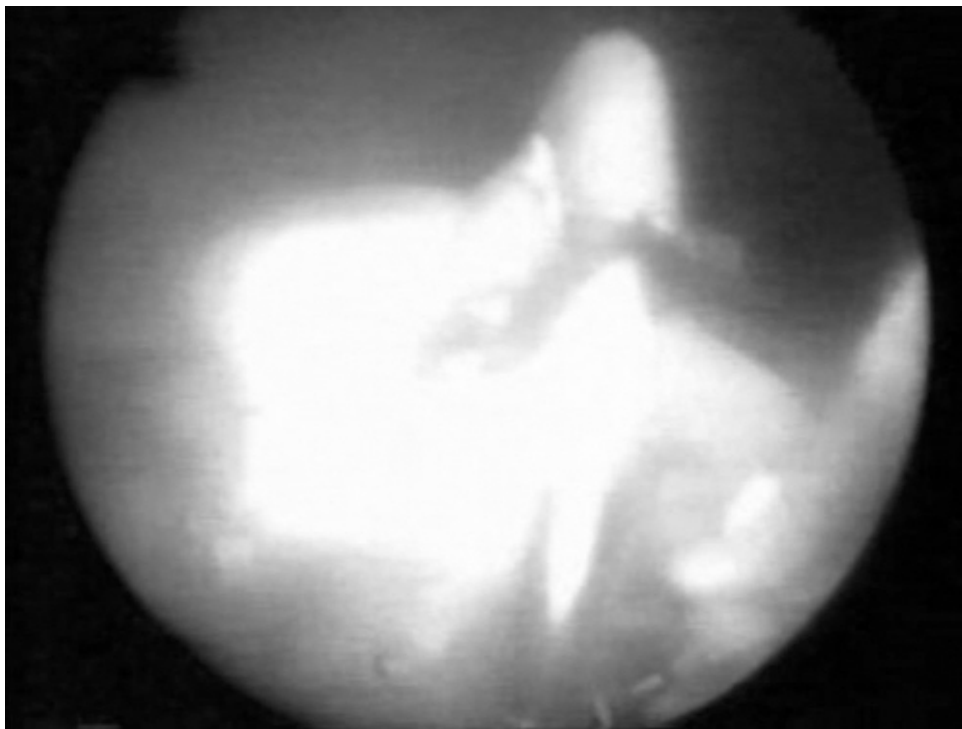
Imagen 6



□ Una vez colocado el yunque. Se localiza el asa que subirá para la anastomosis esófagoyeyuno (70 cm del ángulo de Treitz). Se marca el asa eferente y aferente con sutura y se exteriorizan a través de una pequeña incisión transversa sobre el portal paramedial derecho. Se confecciona la anastomosis entero-entero de la Y de Roux y se introduce la máquina circular cortante a través de la boca del asa que va a ascender.

La máquina se introduce acoplada al yeyuno referida con dos sedas largas al borde del yeyuno que mantendrán la tracción de la misma hasta el momento previo al disparo, para facilitar el acceso a la cavidad de la autosuturadora sin que esta se salga del asa, ([imagen 7](#)) y se genera nuevamente el neumoperitoneo.

Imagen 7



□ Finalmente se acopla la autosuturadora con el yunque y se realiza el disparo, ([imágenes 8, 9 y 10](#)). Se retira la máquina y se revisan los segmentos de resección (márgenes circulares esofágico y gástrico), ([imagen 12 y 13](#)).

Imagen 8

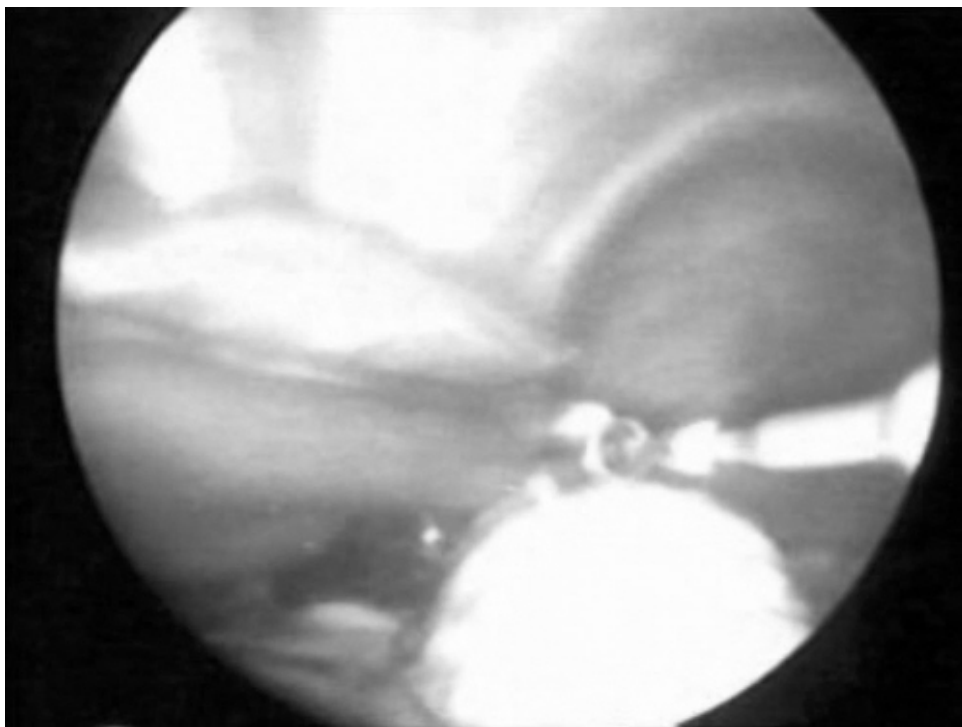


Imagen 9

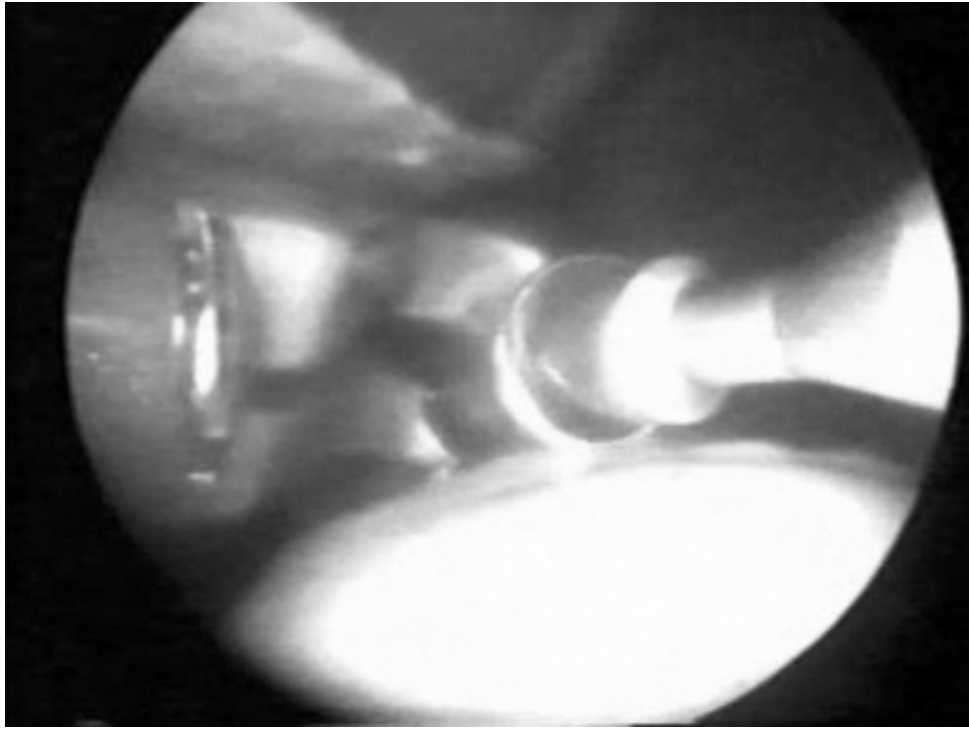


Imagen 10

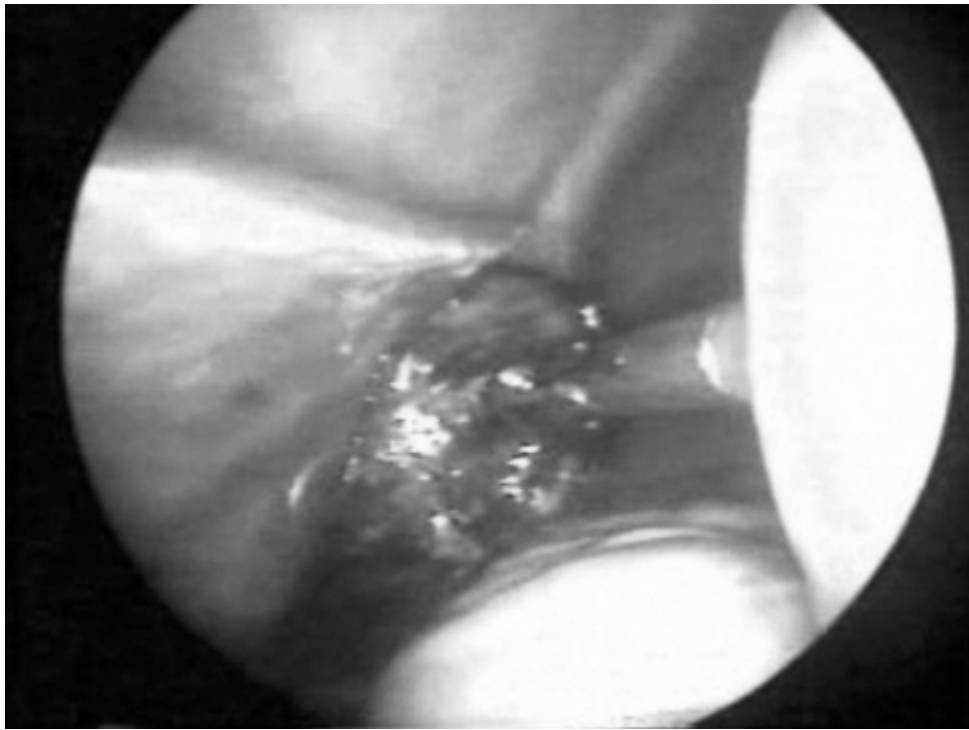


Imagen 12

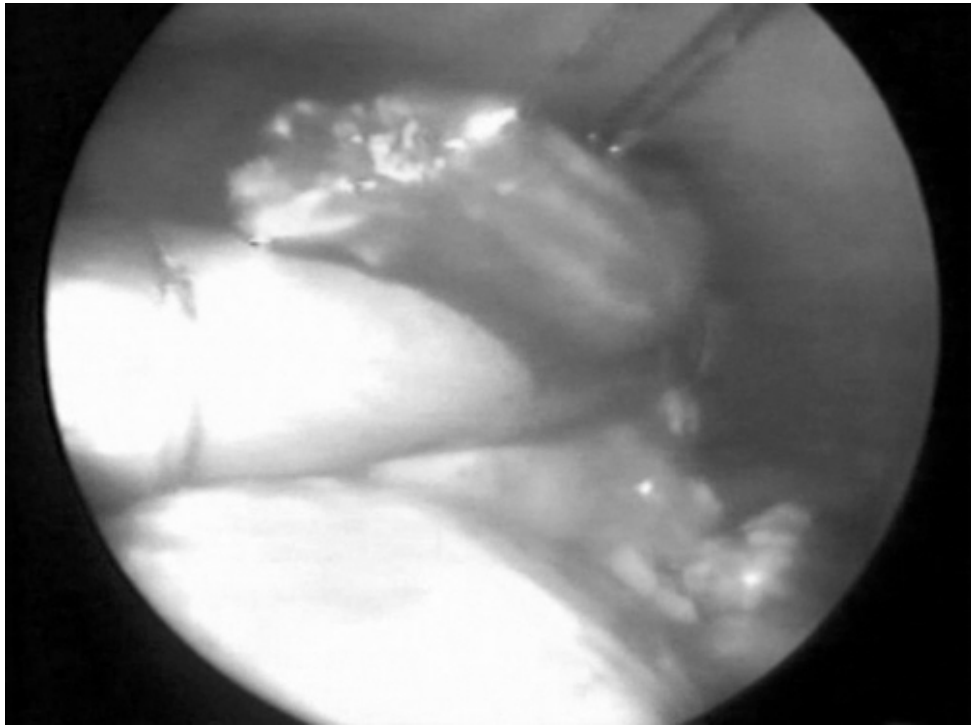


Imagen 13



□ Se realiza cierre del bastón de yeyuno con autosuturadora endoscópica de 45 mm ([imagen 11](#)) quedando confeccionada esófago yeyuno anastomosis término lateral (con bastón de yeyuno) antecólica en Y de Roux.

Imagen 11



AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Joel González, Dra. Omaira Rodríguez, Dra. Zoe Pujadas, Dra. Iraima Pérez, Dr. Salvador Navarrete, de los Servicios de Cirugía III y Cirugía II; a la Dra. Franco, del Servicio de Gastroenterología y al personal de anestesia, enfermería y quirófano del Hospital Universitario de Caracas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. G Benítez P, A Paris P, R Saade C, E Nakhal H, A Mata B. Esófagoyeyuno anastomosis término-lateral técnica simplificada con máquina autosutura en cáncer del tercio superior del estómago. *Revista de la Facultad de Medicina de la U.C.V.* 2003; 26(1): 64-67. [[Links](#)]
2. P Goh, WK Cheah. Cirugía Laparoscópica en el Cáncer Gástrico. In: *Cirugía Laparoscópica*. Zucker. 2da. Edición. Panamericana, 2002; 42: 539-550. [[Links](#)]
3. Goh P, Tekant Y, Isaac J, Kum CK, Ngoi SS. The technique of laparoscopic Billroth II gastrectomy. *Surg Laparosc Endosc* 1992; 2: 258-60. [[Links](#)]
4. Goh P, Kum CK. Laparoscopic Billroth II gastrectomy: a review. *Surg Oncol* 1993; 2(Suppl 1): 13-8. [[Links](#)]
5. Goh PM, Alponat A, Mak K, Kum CK. Early international results of laparoscopic gastrectomies. *Surg Endosc* 1997; 11: 650-2. [[Links](#)]
6. Goh PM, Khan AZ, So JB, Lomanto D, Cheah WK, Muthiah R, Gandhi A. Early experience with laparoscopic radical gastrectomy for advanced gastric cancer. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2001; 11(2): 83-7. [[Links](#)]
7. Usui S, Inoue II, Yoshida T, Fukami N, Kudo SE, Iwai T. Hand-assisted laparoscopic total gastrectomy for early gastric cancer. *Surg laparosc Endosc Percutan Tech*. 2003; 13(5): 304-7. [[Links](#)]
8. Dostalík I, Martinek L, Satinsky I, Ritcher V, Stigler I. Laparoscopic total gastrectomy-intial experience. *Rozhl Chir* 2003; 82(7): 353-6. [[Links](#)]
9. Kim YW, Han HS, Fleischer GD. Hand – assisted laparoscopic total gastrectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2003; 13(1): 26-30. [[Links](#)]
10. Mochiki E, Kamimura H, Haga N, Asao T, Kuwano H. The technique of laparoscopically assisted total gastrectomy with jejunal interposition for early gastric cancer. *Surg Endosc* 2002; 16(3): 540-4. [[Links](#)]

11. Azagra JS, Goergen M, De Simone P, Ibanez-Aguirre J. Minimally invasive surgery for gastric cancer. Surg Endosc 1999; 13: 351-7. [[Links](#)]

Edificio del Decanato, Oficina 50 P.B., Ciudad Universitaria, Caracas D.C, Venezuela. Apartado Postal 76333, El Marqués, Caracas.

Tlfs: (0212) 5619871 (0414) 2634154 Fax: (0212) 3214385

 e-Mail

velascom@cantv.net