cirugía laparoscópica

DURÁN

obesidadydiabetes.info

DOSSIER
DE PRENSA

ÍNDICE

1. Obesidad

1.1 Abiliti o marcapasos gástrico
1.2 Balón intragástrico
1.3 Banda gástrica
1.4 Gastrectomía Tubular
1.5 By-Pass Gástrico

2. Enfermedades de colon

2.1 Cirugía de colon y recto
2.2 Cirugía por monopuerto

3. Diabetes

3.1 Tratamiento

4. Otras patologías

Dr. Durán Escribano

- Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid en el año 1983.

- Realizó la Especialidad de Cirugía General y Aparato Digestivo en el Hospital de la Princesa de Madrid.

- Se inició en la cirugía laparoscópica en el año 1990 junto con el Dr. Miras Estacio, formando un equipo pionero que realizó una de las primeras colecistectomías que se hicieron en España.

- Experto en cirugía Laparoscópica con más de 11.000 intervenciones.

- Desde 1990 ha dedicado todo su esfuerzo al desarrollo de la cirugía Laparoscópica y su aplicación en cirugía mayor como:

  -Obesidad mórbida.
  -Cáncer de colon.
  -Cirugía gástrica.
  -Hernia de hiato y cirugía del cáncer de esófago.
  -Cirugía endocrina.

- Pertenece a diversas sociedades científicas:

  -SECLA (Sociedad española cirugía lamparos cópica)
  -SECO (Sociedad española de cirugúa de la obesidad)
  -IFSO (International federation for the surgery of obesity and metabolic disorders)

Participa activamente en numerosos congresos tanto nacionales como internacionales.

En calidad de experto en cirugía Laparoscópica ha impartido cursos y participado como docente en diversos "Máster en Cirugía Laparoscópica".

1. OBESIDAD

1.1 Abiliti o marcapasos gástrico

El marcapasos gástrico es un sistema que aplica una suave estimulación sobre las paredes del estomago cuando se come o bebe (detecta que hemos ingerido un sólido ó un liquido) produciendo sensación de saciedad, lo que ayuda a comer menos y perder peso.

El sistema consiste en un estimulador gástrico implantable y un cable que contiene un detector de alimentos y un electrodo de estimulación.

La intervención se realiza por vía laparoscópica, generalmente por medio de tres pequeñas incisiones, para colocar el detector de alimentos y el estimulador sobre la pared del estomago, no requiere derivaciones del intestino ni aplicar grapas sobre el estomago.

Posteriormente se implanta el estimulador debajo de la piel del abdomen (como un marcapasos del corazón). La intervención dura de treinta a cuarenta minutos, a las cuatro horas se inicia la toma de alimentos. El paciente puede ir a su casa a las veinticuatro horas.
El estimulador gástrico no solo detecta cuando ingerimos algún tipo de alimento, también detecta cuando hacemos ejercicio y las calorías consumidas. Todos los datos los almacena y por medio de

un sistema inalámbrico podemos leerlo y gravar los datos en un ordenador. Esto nos proporciona:

-Horario y frecuencia de comidas
-Ejercicio practicado
-Calorías consumidas

Con todos estos datos, entre el paciente y el médico, podrán modificar conductas y hábitos de alimentación que le ayuden a perder peso.

Cuando detecta comida ó bebida, ejerce una suave estimulación gástrica que provoca sensación de saciedad y paramos de comer.

¿Qué ventajas tiene?

-Es un sistema muy poco agresivo y de muy bajo riesgo, no modifica intestino, no se grapa el estómago ni afecta a la absorción de vitaminas.

-El sistema nos ayuda a modificar habitos de vida, no impone prohibiciones, simplemente nos encontramos saciados al iniciar la ingesta de alimentos y por tanto “nos apetece menos comer”.

-El sistema registra nuestros habitos y horarios de comida. Posteriormente podemos verlo en una grafica y nos ayuda a establecer una buena estrategia para perder peso.

-Es totalmente reversible

-No requiere de una dieta, si normas dietéticas en cuanto a horarios y evitar alimentos hipercalóricos, pero se puede tomar cualquier tipo de comida, comeremos menos por encontrarnos saciados.

-Se realiza por vía laparoscópica, en una intervención de corta duración y alta a las 24 horas.

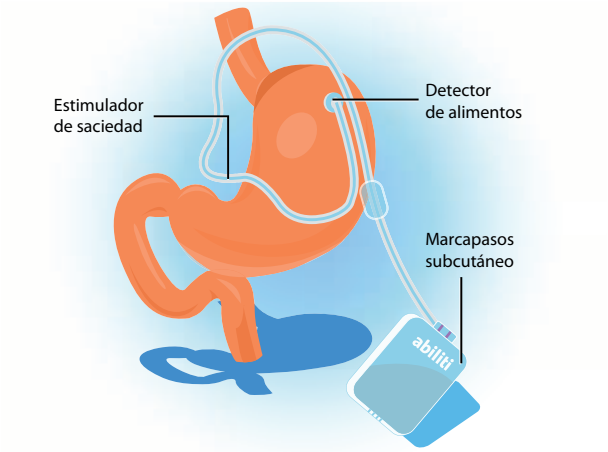
-Se inicia una vida normal a los pocos días de la intervención con una baja laboral muy corta.

¿Cuándo está indicado?

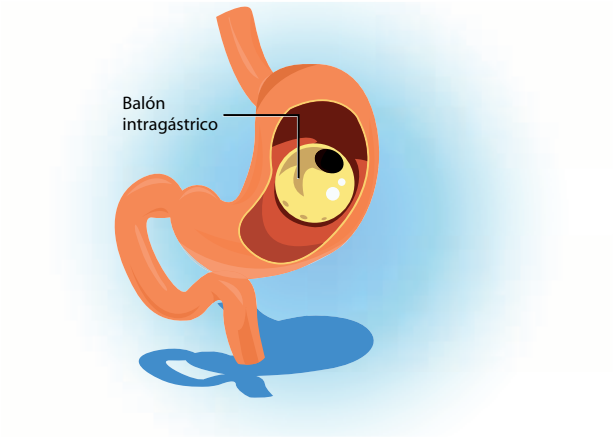
-Pacientes con IMC entre 35 y 45

-Pacientes en los que se descarten otros procedimientos para perder peso como el By-pass o la gastroplastia, bien por problemas médicos o por rechazo del paciente.

-Como alternativa a una banda gástrica



1.2 Balón intragástrico



Internacionalmente se acepta su utilización **sólo** en dos situaciones:

- Obesidades NO MÓRBIDAS (IMC entre 30 – 40), y siempre como complemento a una dieta.

- Como PREPARACIÓN a la cirugía en obesidades MÓRBIDA SEVERA (IMC mayor de 50).

El Balón Intragástrico no es un tratamiento de la obesidad sino un complemento para ayudarnos a seguir una dieta que generalmente es de 1000 calorías.

Consiste en la introducción por vía oral y a través de gastroscopia (bajo sedación profunda) de un balón de silicona que se rellena con líquido (entre 500 y 700cc de suero fisiológico tintado con azul de metileno). Este balón va a ocupar la mayor parte de la capacidad del estómago provocando una sensación de saciedad casi permanente que nos va a facilitar el seguimiento de una dieta. El balón no debe ser mantenido por un espacio de tiempo superior a seis meses por riesgo de:

- Rotura del balón (se aprecia por el colorante del suero en la orina)
- Dilatación gástrica ó úlceras por presión con riesgo de hemorragia.

La retirada o sustitución del balón intragástrico se realizará bajo anestesia general y por vía endoscópica, pudiéndose en algunos casos seleccionados, colocar un segundo balón pasados unos días. Aunque en estas circunstancias, hay que advertir que este segundo balón podría no ser tan eficaz como el primero.

Está contraindicado en casos de:

- Hernia hiatal con reflujo.
-Enfermedad ulcerosa activa.
-No aceptar el compromiso de una dieta.
-Adicción a drogas y/o alcohol.

1.3 Banda Gástrica

Se trata de un procedimiento encaminado a facilitarle la pérdida de peso, limitando la cantidad de comida que podemos tomar, mediante la colocación de una banda de silicona alrededor del estómago cuya capacidad disminuirá hasta un tamaño de 25-30 CC.

En este procedimiento, se coloca una banda hueca fabricada en silicona alrededor del estómago cerca de su extremo superior, creando una pequeña bolsa o reservorio y un conducto estrecho que comunica con la porción remanente más grande del estómago; como un reloj de arena.

Este pequeño conducto retarda el vaciado de los alimentos desde el reservorio y produce una sensación de estómago lleno. La banda se puede estrechar o dilatar con el tiempo para cambiar voluntariamente el tamaño del conducto.

Inicialmente, la bolsa es de unos 20 a 25 cc. y posteriormente se dilata a unos 50 – 60cc. Con ello, alcanzará rápidamente un alto nivel de saciedad y le será más fácil perder peso.

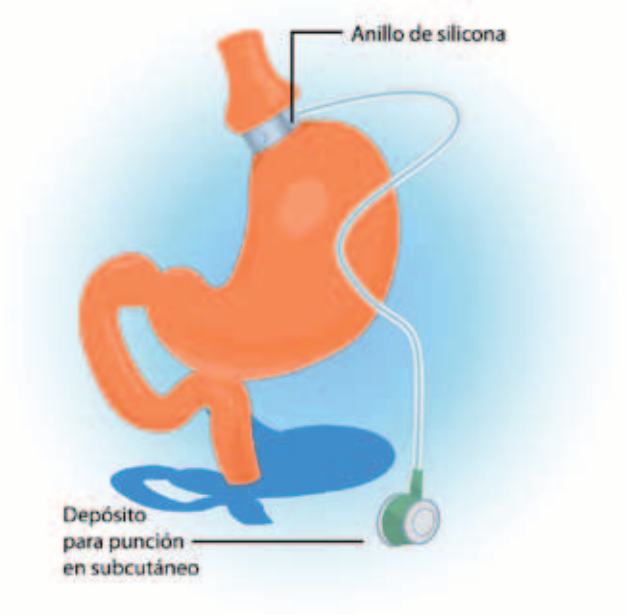
• Información de interés

- Se trata de una Banda de silicona que se implanta alrededor del estómago en la parte más alta.
-Se coloca bajo anestesia general y por vía Laparoscópica.
-Fácilmente reversible, se retira bajo anestesia general y por laparoscopia.
-Sistema ajustable con suero fisiológico.
-El estómago reduce su capacidad de albergar alimentos.
-Se produce una sensación de saciedad y una disminución de la “cantidad” de comida que podemos ingerir.
-No es apta para comedores de dulce “Golosos”.
-Si no cuidamos la dieta se vomita con frecuencia.

• Dieta después de colocar la banda

Después de la intervención y durante los primeros tres días, la dieta será exclusivamente líquida, muy fraccionada con intervalos nunca inferiores a 30 minutos. Beba poca cantidad y muy frecuentemente. Pasados estos días, debe progresarse de líquidos a dieta blanda generalmente pasada en purés durante siete a diez días, para luego ir incorporando alimentos blandos y finalmente poder realizar una dieta prácticamente normal. Los tiempos de progresión se evalúan de forma individual dependiendo

de la adaptación y tolerancia de cada paciente. Después de tres meses, el paciente ya puede comer variado y todo tipo de alimentos, siempre teniendo en cuenta que debe evitar comidas sólidas en trozos grandes, la carne siempre picada, evitar pan blanco, etc No se deben ingerir líquidos 40 minutos antes de las comidas ni media hora después.



La dieta de los pacientes con banda gástrica, debe seguir unas estrictas pautas que requieren una reeducación de los hábitos alimentarios, disminuyendo el volumen de las comidas, masticando bien los alimentos y evitando tragar porciones gruesas y sólidos pues aumentaría el riesgo de vomito y dilatación del reservorio. Debe evitar tomar alimentos líquidos hipercalóricos (batidos, helados etc.) En principio, recomendamos una ingesta de 800-1000 calorías durante el primer mes, para proseguir con unas 1200 calorías en lo sucesivo. Al reducirse la capacidad del estómago, sentirá menos apetito así como un nivel mayor de saciedad. Es fundamental conocer cuando está a punto de quedar saciado, y dejar inmediatamente de comer, pues en caso contrario, notará sensación de náusea o vómito y su estómago sufrirá una adaptación progresiva, con aumento de su capacidad (dilatación), que invalidará en parte el beneficio de la banda gástrica, al tiempo que favorece la erosión de la pared del estómago y posibles complicaciones graves. Asimismo, lo importante no es sólo lo que se come sino CÓMO se come. Debe comer despacio y masticando perfectamente los alimentos. La garantía de buenos resultados exige una estrecha colaboración entre el paciente y su equipo médico.

¿Cuándo está indicado?

-Pacientes con IMC entre 35 y 40
-Buena adaptación a dieta
-Mala opción para golosos y picoteadores
-Contraindicado en casos de hernia hiatal y reflujo

1.4 Gastrectomía Tubular

La Gastrectomía tubular es una técnica restrictiva que sólo reduce el "tamaño" del estómago, en la cual se quita una parte del estómago convirtiéndolo en un tubo o manga estrecha. Se realiza bajo anestesia general y por vía laparoscópica siendo una técnica que aunque de más riesgo que una banda, se puede considerar como de bajo-moderado riesgo.

Ante la buena valoración resultado/riesgo de esta técnica en súper obesos y el mal resultado/calidad de vida de las bandas gástricas, se está utilizando con éxito en aquellos casos en que éstas estaban indicadas (como alternativa a la banda).

- **Debe saber que:**

-Se realiza bajo anestesia general y por vía laparoscópica.

-Se reduce el tamaño del estómago, extirpando una parte del mismo.

-Disminuye la secreción de GHREALINA, reguladora de la sensación de hambre.

-Se reduce el tamaño del estómago y por tanto su capacidad de albergar alimentos. Se produce mayor sensación de saciedad.

-No afecta a la absorción de minerales ni vitaminas.

-Proporciona una buena calidad de vida.

-Muy escasa o nula frecuencia de vómito.

-Muy baja tasa de complicaciones a medio o largo plazo.

-Es irreversible pues se "quita" una parte del estómago.

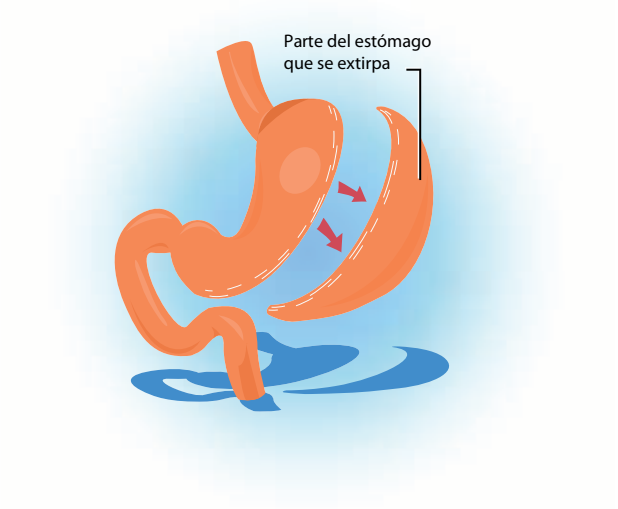
Dieta después de la Gastrectomía Tubular

Después de la intervención y durante los primeros días, la dieta será estrictamente líquida, muy fraccionada y con intervalos nunca inferiores a 30 minutos. Debe beber poca cantidad y muy frecuentemente.

Pasados estos días, debe progresarse de líquidos a dieta blanda generalmente pasada en purés durante el primer mes, para luego ir incorporando alimentos blandos y finalmente conseguir una dieta casi normal. Los tiempos de progresión se evalúan de forma individual dependiendo de la adaptación y tolerancia.

Aproximadamente después de tres meses el paciente puede comer sólidos normalmente. No se deben ingerir líquidos 40 minutos antes de las comidas ni media hora después.
La dieta de los pacientes operados de gastrectomía tubular y pasados los primeros meses de adaptación, debe ser una dieta NORMAL, lo mas variada posible (verduras, fruta, carne, pescado etc.) Hay que saber que se come menos cantidad, por lo general se suele comer plato único, siendo importante comer despacio y masticar bien los alimentos.

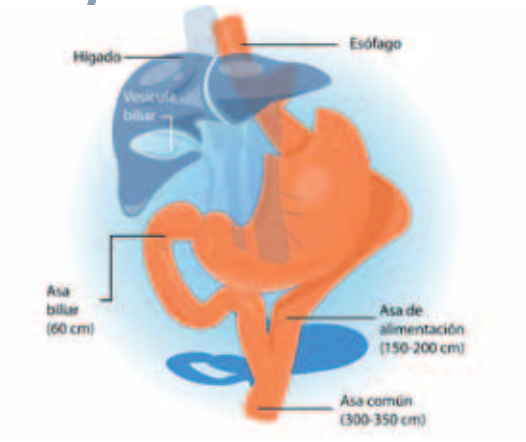
Es importante fraccionar la comida en cuatro o cinco tomas haciendo desayuno, comida, merienda y cena y si el desayuno es escaso y muy temprano, tome algo a media mañana. Se deben eliminar de la dieta diaria, los dulces, alimentos muy grasos o hipercalóricos; mejor los asados que los fritos. Por lo general, es fácil adaptarse al nuevo estómago y nos permite comer en “cualquier sitio” (restaurantes, comida rápida, bocadillos) por lo que mejora la calidad de vida con escasos efectos adversos.



¿Cuándo está indicado?

-Pacientes con IMC entre 35 y 45
-Pacientes con IMC superior a 55 como paso previo a un by pass.

1.5 By-Pass Gástrico



Es la operación más comúnmente realizada después de 34 años de experiencia. Ha perdurado en el tiempo debido a su efectividad a largo plazo.

Este tipo de cirugía es una técnica de las denominadas mixtas. Se reduce el estómago y se desvía el alimento para que este no pase por todo el intestino, logrando así disminuir su capacidad de absorción.

Debe saber que:

-Se realiza con anestesia general y por vía laparoscópica.

-Se reduce el tamaño del estómago con un reservorio de 15 a 30 cc.

-Se conecta el reservorio directamente al intestino delgado a la mitad de su longitud.

-Procedimiento seguro y efectivo para lograr una buena pérdida de peso.

-Requiere control analítico anual para controlar los niveles de vitaminas y minerales, con especial atención a la B12, calcio, hierro y vitamina D.

-Buena calidad de vida con muy escasa incidencia de vómito o diarrea.

Dieta Bypass-Gástrico

La adaptación a la dieta viene dada por la reducción del tamaño del estómago y por ello, los pasos son iguales que los de una Gastrectomía tubular. Después de la intervención y durante los primeros tres días, la dieta será liquida, muy fraccionada y con intervalos nunca inferiores a 30 minutos. Beba poca cantidad y muy frecuente.

Pasados estos días, debe progresarse de líquidos a dieta blanda generalmente pasada en purés durante quince días, para luego ir incorporando alimentos blandos y finalmente alcanzar una dieta casi normal. Los tiempos de progresión se evalúan de forma individual dependiendo de la adaptación y tolerancia de cada paciente. Aproximadamente después del tercer mes el paciente ya puede comer sólidos normalmente. No se deben beber líquidos 20 minutos antes de las comidas ni media hora después.

La dieta de los pacientes operados con BY-Pass, y pasados los primeros meses de adaptación, debe ser una dieta normal y lo más variada posible

incluyendo verduras, fruta, carne, pescado etc. Hay que saber que se come menos cantidad, por lo general se suele tomar plato único, siendo importante comer despacio y masticar bien los alimentos. Es importante fraccionar la comida en cuatro o cinco tomas realizando desayuno, comida, merienda y cena, y si el desayuno es escaso y muy temprano, tome algo a media mañana. Se deben eliminar de la dieta diaria, los dulces, alimentos muy grasos o hipercalóricos. Mejor los asados que los fritos. Por lo general, es fácil adaptarse al nuevo estómago y nos permite comer en “cualquier sitio”.

• Efectos no deseados.

-Al ser el estómago muy pequeño, es posible que en algunos casos sea difícil tomar carne en porciones grandes, tómela mejor picada o carne blanda y bien masticada.

-En algunos casos queda el llamado Sd. de Dumping. Es la sensación de mareo que aparece después de comer azucares; cede a los pocos minutos y en algunos casos requiere tumbarse. Se produce por un “vaciamiento rápido del alimento en el intestino” y aunque incómodo en cierto modo puede ser beneficioso, pues lleva a “rechazar los dulces”.

-Es aconsejable tomar suplementos vitamínicos y realizarse un control analítico dos veces al año. En las mujeres, después de la menopausia, hay que vigilar especialmente el riesgo de osteoporosis por lo que se recomienda tomar calcio con vitamina D.

Intervención
del doctor Durán

2. ENFERMEDADES DEL COLON

2.1 Cirugía de colon y recto

Una gran parte de los pólipos que se encuentran en el curso de una colonoscopia se pueden quitar por esta vía en su totalidad y se remiten para estudio histológico. En la mayor parte de los casos son benignos, pero se deben extirpar siempre pues tienen el riesgo de malignizar

Si se identifica en la colonoscopia un pólipo de gran tamaño o con sospecha de degeneración maligna o un cáncer de colon o recto entonces el tratamiento es quirúrgico.

La realización de la cirugía del colon o recto por vía laparoscópica está firmemente establecida en el momento actual. Es un método seguro, que ofrece ventajas en el postoperatorio inmediato (disminución del dolor, recuperación más rápida, menor estancia hospitalaria, incorporación laboral más rápida), ventajas estéticas y con los mismos resultados oncológicos.

Se ha demostrado que la cirugía por vía laparoscópica tiene una eficacia mayor frente a la cirugía abierta en supervivencia y recidiva en los casos de cáncer de colon o recto avanzados.

2.2 Cirugía por monopuerto

Actualmente en grupos de expertos en cirugía laparoscópica se emplea una técnica novedosa mínimamente invasiva. Se llama cirugía monopuerto. La cirugía se realiza a través de una única incisión (herida quirúrgica) de aproximadamente 5 cm, normalmente en la zona del ombligo.

En la UCL se realiza esta técnica desde hace más de un año

Tanto en la cirugía abierta, como con la cirugía laparoscópica convencional, como con la cirugía monopuerto la intervención quirúrgica consiste en:

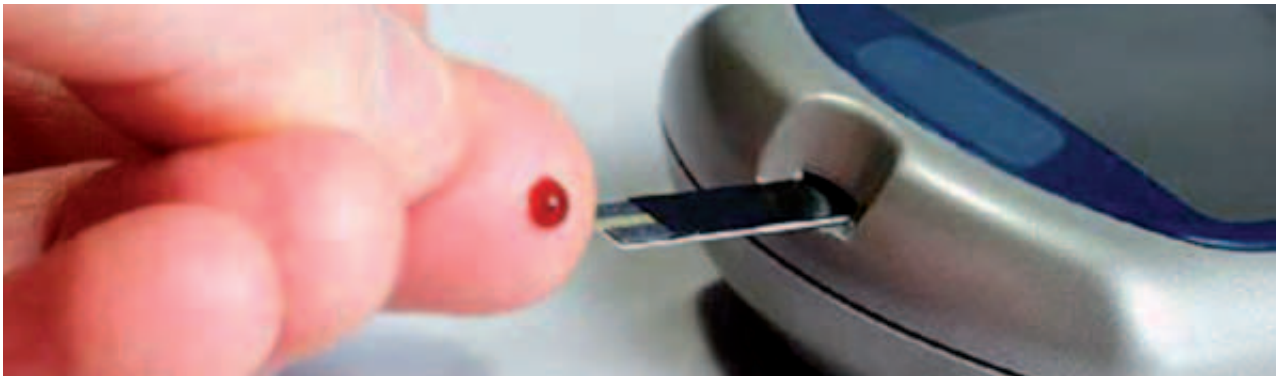
Resección amplia del segmento de intestino afectado, incluyendo el drenaje linfático regional.

La anastomosis (unión de los extremos del colon) se realiza de forma mecánica y/o mediante sutura manual.

En el caso de que la lesión esté situada en el tramo final del recto (próxima al ano) puede ser dificultoso unir los extremos del colon, en este caso se extirpa el segmento afectado y el extremo del colon tiene que salir a través de un orificio en el abdomen (colostomía)

3. DIABETES

3.1 Tratamiento



Muchas personas pueden controlar la diabetes tipo II mediante dieta y ejercicio frecuente. Mantener una dieta equilibrada baja en grasas, sal, azúcar, rica en fibra (cereales, frutas, verduras).

Cuando la dieta y el ejercicio no son capaces de controlar su diabetes su médico tratante le indicará medicación oral o insulina inyectada.

Ahora bien cuando la diabetes está asociada a Obesidad (Índice de masa corporal mayor de 30 kg/m2) se abre una nueva ventana en el arsenal para el tratamiento de esta enfermedad. Si usted es diabético y su IMC es mayor de 30Kg/m2 es susceptible de ser evaluado como posible candidato para cirugía metabólica. Esta evaluación será realizada por un equipo multidisciplinario que incluye un estudio extenso por órganos y sistemas para medir el impacto que ha tenido la diabetes en usted. Igualmente mediremos niveles de reserva pancreática mediante la evaluación del péptido C, que constituye un indicador indirecto de síntesis de insulina. De la misma manera, es importante excluir aquellos pacientes que tengan un componente autoinmune en el origen de la enfermedad.

La intervención tiene dos finalidades, una, reducir el tamaño del estomago (restricción) que será de mayor o menor grado según el grado de obesidad del paciente.

En pacientes poco obesos, el remanente gástrico será amplio, lo que evita una excesiva pérdida de peso. Por otro lado de realizara un bypass intestinal con el objetivo de que el alimento, no pase por el primer tramo del intestino (duodeno y primeras asas de yeyuno), la longitud de este bypass también varía en función del grado de obesidad del paciente.

Con esta técnica y en pacientes correctamente seleccionados, se logra controlar la diabetes casi en el 90% de los casos, manteniendo el peso si son poco obesos o logrando perder peso en casos de obesidad mórbida asociada.

4. OTRAS PATOLOGÍAS

- CANCER DE ESTÓMAGO
- HERNIA DE HIATO
- COLELITIASIS O CÁLCULOS EN VESÍCULA
- HERNIA INGUINAL
- LAPAROSCOPIA EXPLORADORA