

www.bellvitgehospital.cat

Laparoscopic Gastric Plication (LGCP)
First International Meeting
Defining the State of the Art

L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona, May 3, 2011 Bellvitge University Hospital











Obesitat, més que un problema de sobrepés

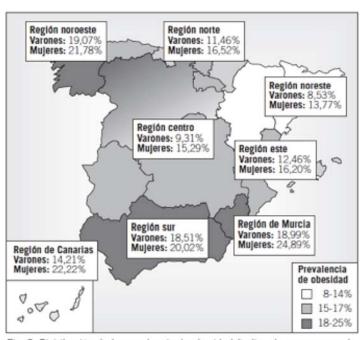
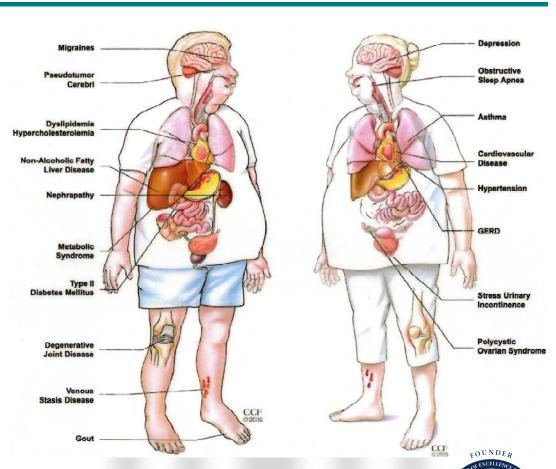


Fig. 3. Distribución de la prevalencia de obesidad (Indice de masa corporal ≥ 30 kg/m²) por región geográfica y por sexo. Estudio DORICA²7.



Cirurgia Bariàtrica. Opcions tàctiques





Gastroplastia Tubular Plicada Un nou concepte...

- Cirurgia bariàtrica restrictiva
- Menys complexa
- Amb menys riscos
 - No secció gàstrica
- Amb menys cost
 - Sense utilització d'endograpadores



Gastroplastia Tubular Plicada ...una tècnica antiga

la práctica se observan dos formas de estómago patológico: un estómago pequeño y un estómago grande. El estómago pequeño se encuentra cuando en el esófago o en el cardias existe un obstáculo que impide que los alimentos lleguen hasta la cavidad gástrica. El estómago, en estas condiciones, se atrofia progresivamente y se reduce a veces a dimensiones que no pasan de las del duodeno; entonces se adosa a la columna vertebral; por lo regular el encontrarlo constituye una operación laboriosa y dificil, para la cual, como veremos después, no sirven ya los puntos de referencia de LABRÉ. Cuando, por el contrario, la estrechez ocupa el piloro, la bolsa estomacal, recibiendo siempre la misma cantidad de alimentos y desembarazándose de ellos con dificultad, se dilata y llega poco a poco o acupar el tercio, la mitad y hasta los dos tercios de la cavidad abdominal: se trata entonces del estómago grande. En tal caso, tercios de la cavidad abdominai; se trata entonces dei socialego se precipita hacia así que se practica la incisión de la pared abdominal, el estómago se precipita hacia así que se practica la incisión de la pared abdominal, el estómago se precipita hacia

amenaza romperse. Cuando la dilatación no es sintomática de una estenosis del piloro, puede disminuirse la capacidad del es-tómago formando en las paredes de este órgano uno o varios pliegues que se suturan (fig. 60). Esta operación ha sido llamada gastrorrafia. BIRCHER fue el primero que la practicó en 1891.



b) Estudio topográfico Acabamos de estudiar el es-

tómago como órgano aislado. Ahora lo estudiaremos in situ, para fijarnos bien: 1.º, en la situación que ocupa en la cavidad abdominal; 2.º, en la dirección que presenta; 3.º en sus medios de fijación; 4.º, finalmente, en sus relaciones.

1.º Situación: fosa o compartimiento gástrico. - El estómago constituye el contenido o, mejor, el órgano más importante de un compartimiento cuyos límites exteriores corresponden: arriba, a un plano horizontal que pasa por el quinto espacio intercoral inquierdo; abajo, a un plano igualmente horizontal que pasa por el borde inferior de las costillas falsas o, mejor por el ombligo; por dentro, al plano

medio ascial; por fuero, al plano tangente a la pared inquierda del torax.

Estos limites, como sabemos, corresponden: superficialmente, a las dos regiones
del epigantio y del hipocondrio inquierdo; profundamente, a la mindi inquierda del
plano superior de la cavidad abdominal, que por esta razón se llama también fosa piano superior de la cavidad abdominal, que por esta razon se ilama tambien foia glátrica. Ha de tenerse en cuenta, sin embargo, que el extómago no ocupa únicamente esta mitad inquierda del departamento superior del abdomen; a menudo su extremo pillórico invade un poco la mitad derecha y penetra en la fosa hepática (véase Región del higado). Debe igualmente notarse que en el vivo, y en especial en el adulto examinado de pie, el fondo de saco inferior desciende, en la proporción del 85% de los casos (Aunouro), hasta la cresta ilíaca, rebasando así, por abajo, la región del epicasos (Aunouse), nata is Cresa inaca, recursos a la individuo examinado en posi-ción horizontal, este mismo fondo de saco, por regla general, no desciende más allá de la tercera vértebra lumbar. Como se ve, la situación del estómago o, mejor, la situación de su segmento inferior no es absolutamente fija, pues varía de modo sensible con la posición del individuo (fig. 59, G y H).

El Día Médico

CASUISTICA

BUENOS AIRES, 7 DE OCTUBRE DE 1957

A presente comunica-Li ción tiene por finalidad exponer las discusiones diagnósticas a través de las que nos fuera posible descubrir una afección poco conocida y cuya sencilla terapéutica permite obtener resultados espectaculares.

--- 2542 -

Trátase de un niño, A. L., de sexo masculino, nacido a término, de un parto inducido con un peso de 4000 grs. El examen clinico inmediato no rePlicatura de la Curvatura Gástrica Mayor

Comentarios Sobre un Caso "

Por los Dres. LUIS A. MARQUEZ Y RAMON G. GALLO

aparentemente normal. Campos pulmonares limpios y ventilados sin signos de lesión activa.

2) Brindada al pequeño una lechada opaca el tránsito esofágico resultó normal según lo pre-

3) El estómago era de apariencia normal en incidencia frontal, su ubicación abdominal se confirmó por la visualiza-

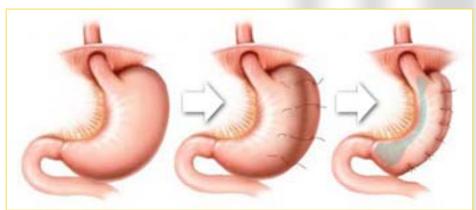




El concepte









La tècnica









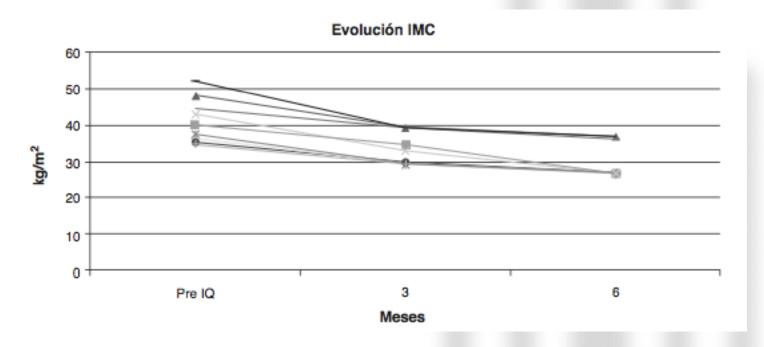




www.bellvitgehospital.cat

Resultats

■ Experiència H.U. Bellvitge





El Robot *Da Vinci* i la G.T. Plicada

- Única tècnica bariàtrica que es fa 100% robòtica
- Reducció de l'agressió quirúrgica
 - Menys dolor postoperatori
 - Més ràpida recuperació del pacient
- Tècnica més acurada
 - Millor visió del camp quirúrgic
 - Més precisió dels gestos quirúrgics





Experiència H.U. Bellvitge

- 2 casos de G.T. Plicada asistida per robot
- Reducció de l'estada hospitàlaria un 20%
 - D'una mitjana de 4-5 dies a 3 dies
- Reducció en la necessitat de analgèsia
 - Menys dosis de medicació
- Inici precoç de la ingesta
- Més ràpida incorporació a la vida activa després de l'alta









