

Abordaje robótico combinado en cirugía bariátrica: bypass gástrico y reparación de eventración

Combined robotic approach in bariatric surgery: gastric bypass and hernia repair

10.53435/funj.01052

Abordaje robótico combinado en cirugía bariátrica: bypass gástrico y reparación de eventración

Anna Arroyo Serrano ⁽¹⁾, Noelia Pérez Romero ⁽²⁾, Jose Hidalgo Rosas ⁽²⁾, Ariadna Cidoncha Secilla ⁽²⁾, Christian Herrero Vicente ⁽²⁾, Juan Carlos García Pacheco ⁽²⁾, Alexis Luna Aufroy ⁽²⁾

⁽¹⁾ Consorci Sanitari de Terrassa

⁽²⁾ Hospital Parc Taulí

Correspondencia: Anna Arroyo Serrano, annarroyo.serrano@gmail.com



bmi journal
seco-seedo

Abordaje robótico combinado en cirugía bariátrica: bypass gástrico y reparación de eventración

Resumen:

Se presenta el caso de una mujer de 48 años con obesidad mórbida (IMC 46,6 kg/m²) y comorbilidades asociadas, que presenta una eventración supraumbilical. Dada la indicación de bypass gástrico y la coexistencia de la hernia incisional, se optó por un abordaje robótico combinado. El estudio preoperatorio mostró una eventración con contenido intestinal y un defecto de 6,3cm. Como preparación preoperatoria, se administró toxina botulínica. El procedimiento se inició con la confección de un bypass gástrico en Y de Roux, creando un reservorio gástrico de 50cc, con un asa alimentaria de 150cm y una biliopancreática de 100cm. Se realizó la anastomosis gastro-yeyunal término-lateral manual y la anastomosis yeyuno-yeyunal de forma latero-lateral mecánica, cerrando los defectos mesentéricos. Posteriormente, se abordó la eventración, disecando el defecto hasta el borde externo, utilizando el saco herniario para crear un flap que permitió cerrar el peritoneo y aproximar la aponeurosis. Se colocó una malla Dynamesh 15x20 cm en posición retromuscular, sin fijación. La evolución postoperatoria fue favorable, con alta hospitalaria en 72 horas y sin complicaciones a corto plazo. Este caso muestra que el abordaje robótico combinado es una estrategia segura y eficaz en pacientes seleccionados con obesidad mórbida y hernia incisional.

Palabras clave: cirugía bariátrica, bypass gástrico, cirugía robótica, hernia incisional, malla retromuscular

Introducción

La obesidad es un factor de riesgo para el desarrollo de hernias ventrales, y la incidencia de eventraciones tras cirugía abdominal en estos pacientes es elevada (1). Este grupo de pacientes presenta un mayor riesgo de complicaciones posoperatorias y de recurrencia tras la reparación herniaria. Entre los factores implicados se incluyen el retraso de la cicatrización, el aumento de la presión intraabdominal, el deterioro de la función pulmonar y la presencia de comorbilidades asociadas (2).

Las hernias en pacientes con obesidad suelen ser de mayor tamaño y complejidad técnica, lo que dificulta su reparación y aumenta la probabilidad de fracaso quirúrgico (3). En este contexto, la secuencia óptima de tratamiento entre la cirugía bariátrica y la reparación de la hernia continúa siendo objeto de debate. Ante esta controversia, los abordajes combinados en un solo tiempo quirúrgico se han propuesto como una alternativa con creciente interés (4,5).

Objetivo

Presentar el caso de una paciente con obesidad grado III y una eventración supraumbilical, en la que se realizó un bypass gástrico robótico con reparación de la eventración en un solo tiempo quirúrgico.

Material y métodos

Caso clínico

Mujer de 48 años, con obesidad mórbida (índice masa corporal (IMC) 46.6 kg/m²) y comorbilidades asociadas, que presenta una eventración supraumbilical secundaria a una colecistectomía laparoscópica.

Como estudio preoperatorio se realizó una tomografía computarizada, donde se objetivaba una hernia supraumbilical con un orificio de 6,3 cm y un saco herniario de 22,6 x 7,6 x 13,7 cm con contenido de colon transversal y asas de intestino delgado.

Debido a su IMC >40 y la presencia de comorbilidades, se indicó la realización de un bypass gástrico. Ante la eventración supraumbilical concomitante, se elige un abordaje combinado con reparación herniaria y

colocación de malla retromuscular, evitando así una segunda intervención en un paciente de alto riesgo.

Como preparación preoperatoria, se administró toxina botulínica para facilitar la aproximación de la aponeurosis.

Técnica quirúrgica

Tras la inspección de la cavidad abdominal, se objetiva una eventración que se reduce con facilidad sin contenido adherido, por lo que se prosigue con la cirugía planteada.

Se realiza un bypass gástrico con un reservorio gástrico de 50 cc. Se configura un asa alimentaria de 150 cm y una biliopancreática de 100 cm. La anastomosis gastro-yeyunal se realiza de manera término-lateral manual, verificando su estanqueidad con aire y azul de metileno. La anastomosis yeyuno-yeyunal en Y de Roux se efectúa de forma latero-lateral mecánica, cerrando los defectos mesentéricos para prevenir hernias internas.

Para la reparación herniaria, se colocan tres trócares de 8 mm infraumbilicales. Se diseca el defecto hasta el borde esternal, creando un flap con el saco herniario. Se aproxima la aponeurosis anterior y el defecto peritoneal con el flap del saco herniario. Se implanta una malla Dynamesh de 15x20 cm en posición retromuscular sin fijación, con cierre peritoneal.

Resultados

La paciente evolucionó sin complicaciones postoperatorias, con una estancia hospitalaria de 72 horas. No presentó signos de recidiva herniaria ni eventos adversos en el seguimiento a corto plazo.

Discusión

El manejo de las eventraciones en pacientes con obesidad mórbida sigue siendo controvertido. Algunos autores proponen la cirugía bariátrica previa para facilitar la pérdida de peso, mejorar las condiciones quirúrgicas, disminuir la tasa de complicaciones asociadas a la reparación herniaria e incrementar la duración de la reparación (6). Otros, sin embargo, defienden un abordaje combinado en un solo tiempo quirúrgico, que permite reducir la morbilidad global, disminuir la exposición a múltiples anestесias y optimizar la recuperación del paciente (4,7). Este enfoque puede, además, prevenir la progresión de la hernia y posibles complicaciones como la

encarcelación o estrangulación durante el período de pérdida ponderal, sin incrementar de manera significativa el riesgo de complicaciones mayores en comparación con los procedimientos secuenciales (8).

La decisión entre una reparación secuencial o combinada debe basarse en una valoración individualizada, que tenga en cuenta el tamaño y la localización del defecto herniario, la presencia de síntomas, el índice de masa corporal, las comorbilidades asociadas y la experiencia del equipo quirúrgico (9,10). En este sentido, la cirugía simultánea puede ser particularmente beneficiosa en pacientes de alto riesgo o con hernias sintomáticas que no permiten diferir su reparación.

En el caso presentado, se optó por un abordaje combinado con bypass gástrico y reparación herniaria con colocación de malla retromuscular en un solo tiempo quirúrgico. Esta estrategia permitió abordar simultáneamente la obesidad mórbida y la hernia incisional, evitando una segunda intervención en una paciente de alto riesgo. El empleo de la plataforma robótica facilitó una disección precisa, una adecuada restitución anatómica de la pared abdominal y una rápida recuperación postoperatoria, sin complicaciones ni recidiva herniaria a corto plazo.

En conclusión, el abordaje combinado con cirugía bariátrica y reparación herniaria en un solo tiempo representa una estrategia efectiva y segura en pacientes seleccionados con obesidad mórbida y defectos en la pared abdominal. La decisión debe individualizarse, considerando las características específicas de cada paciente y la experiencia del equipo quirúrgico.

Este estudio no cuenta con conflictos de interés por parte de los autores.

Bibliografía

1. Veilleux E, Lutfi R. Obesity and ventral hernia repair: Is there success in staging? J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2020;30(8):896–9. doi:10.1089/lap.2020.0265.
2. Menzo EL, Hinojosa M, Carbonell A, Krpata D, Carter J, Rogers AM. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery and American Hernia Society consensus guideline on bariatric surgery and hernia surgery. Surg Obes Relat Dis. 2018;14(9):1221–32. doi:10.1016/j.soard.2018.07.005.
3. Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO). Guidelines IFSO-ASMBS 2022: Indicaciones para la Cirugía Bariátrica y Metabólica [Internet]. Madrid: SECO; 2022 [citado 2025 oct 16]. Disponible en: <https://www.seco.org/images/site/guias-consenso/GUIDELINES-SECO.pdf>
4. Krivan MS, Giorga A, Barreca M, Jain VK, Al-Taani OS. Concomitant ventral hernia repair and bariatric surgery: a retrospective analysis from a UK-based bariatric center. Surg Endosc. 2019;33(3):705–10. doi:10.1007/s00464-018-6492-6.
5. Malaussena Z, Mhaskar R, Richmond N, Diab AF, Sujka J, DuCoin C, Docimo SJ Jr. Hernia repair in the bariatric patient: a systematic review and meta-analysis. Surg Obes Relat Dis. 2024;20(2):184–201. doi:10.1016/j.soard.2023.10.005.
6. De Luca M, Shikora S, Eisenberg D, Angrisani L, Parmar C, Alqahtani A, et al. Scientific evidence for the updated guidelines on indications for metabolic and bariatric surgery (IFSO/ASMBS). Obes Surg. 2024;34(11):3963–4096. doi:10.1007/s11695-024-07370-7.

7. Raziel A, Sakran N, Szold A, Goitein D. Concomitant bariatric and ventral/incisional hernia surgery in morbidly obese patients. *Surg Endosc.* 2014;28(4):1209-12. doi:10.1007/s00464-013-3310-z.
8. Eid GM, Mattar SG, Hamad G, Cottam D, Schauer PR. Repair of ventral hernias in morbidly obese patients undergoing laparoscopic gastric bypass should not be deferred. *Surg Endosc.* 2004;18(2):207-10. doi:10.1007/s00464-003-8834-2.
9. Khanna S, Thevaraja M, Chan DL, Talbot ML. Is simultaneous bariatric surgery and ventral hernia repair a safe and effective approach? *Surg Obes Relat Dis.* 2024;20(3):245-52. doi:10.1016/j.soard.2023.10.013.
10. Esparham A, Shahabi S, Sheikhabaei E, Safari S, Zefreh H. Staged versus concurrent ventral hernia repair with metabolic bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis of comparative studies. *Hernia.* 2025;29(1):132. doi:10.1007/s10029-025-03320-z.



bmi journal
seco-seedo