



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-095 - CIRUGÍA DE REVISIÓN DE LA OBESIDAD: CONVERSIÓN DE SLEEVE A BYPASS GÁSTRICO. ESTUDIO DE CASOS RETROSPECTIVO

Moreno Suero, Francisco; Alarcón del Agua, Isaías; Socas Macías, María; Senent Boza, Ana; López Bernal, Francisco; Padillo Ruíz, Francisco Javier; Morales Conde, Salvador

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: La cirugía de revisión tras una gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) supone un reto en la cirugía bariátrica, tanto por la indicación como por la técnica empleada. Presentamos una serie de 24 casos de conversión de GVL a bypass gástrico laparoscópico (BGL), causas de conversión, resultados y morbilidad del proceso.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes intervenidos entre 2010 y 2020 de cirugía bariátrica, en los que se había realizado una GVL como técnica bariátrica primaria y posterior cirugía de revisión con BGL.

Resultados: Se identificaron 24 pacientes con conversión de GVL a BGL. En todos se realizó en un primer momento una GVL, (3 por puerto único) y en 2 se asoció cirugía del hiato (un cierre de pilares y una hiatoplastia). En 6 se documentaba reflujo gastroesofágico (RGE) en el estudio esófago-gastro-duodenal previo a la intervención (solo uno disponía de pHmetría). EL motivo principal para la cirugía de revisión fue el RGE, presente en 19 de los pacientes (79,1%); 12 por RGE aislado, 6 asociado a reganancia y 1 asociado a torsión de la plastia. Otros motivos fueron reganancia aislada (3) y torsión de la manga gástrica (2, uno de ellos asociado a reganancia). La cirugía de revisión fue un BGL con reconstrucción en Y de Roux según la técnica de bypass simplificado. Además, se realizó un cierre de pilares en los 9 pacientes (37,5%) en los que se evidenció una hernia de hiato intraoperatoria. La media de tiempo transcurrido entre la primera y la segunda cirugía fueron 61 meses y el tiempo quirúrgico medio fue de 117 minutos. La mediana de estancia hospitalaria fue de 4 días de ingreso. Como complicaciones intraoperatorias existen dos conversiones a cirugía abierta, una por sangrado esplénico que precisó de esplenectomía y otra por dificultad técnica. Además, hubo una lesión de vía biliar en una colecistectomía asociada. En el postoperatorio se produjeron 2 fugas de la anastomosis gastro-yeyunal (8,33%), una tratada satisfactoriamente con endoprótesis y otra que precisó de reintervención quirúrgica y colocación de endoprótesis. En 14 de 19 (73,68%) de los pacientes reintervenidos por RGE se solucionó la clínica tras el BGL. En 5 de 19 pacientes persistió la sintomatología, siendo controlada con omeprazol en 3 de los 5 (60% de los afectados). De los 20 pacientes que han completado un año de seguimiento, la media del porcentaje del exceso de IMC perdido (PEIMCP) es de 52,16%. En el subgrupo de los pacientes reintervenidos por reganancia de peso, la media de PEIMCP al año se sitúa en 39,5%. Durante el seguimiento, 3 pacientes (12,5%) presentaron estenosis de la anastomosis gastro-yeyunal tratadas conservadoramente mediante

dilatación endoscópica. Otros 2 pacientes desarrollaron úlcera de boca anastomótica (8,33%).

Conclusiones: El BGL es una opción terapéutica para la revisión de la GVL siendo una técnica factible y con buenos resultados para el tratamiento del RGE sucedido tras la GVL y para la reganancia ponderal, aunque no está exenta de complicaciones y su morbilidad es mayor que la cirugía primaria del BGL para tratar la obesidad.