



## V-067 - BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO TRAS GASTROPLASTIA VERTICAL ANILLADA ABIERTA EN PACIENTE CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO PATOLÓGICO

Sánchez Argüeso, Arsenio; Restrepo, Rafael; Posada, María; Salcedo, Gabriel; Orihuela, María Pilar; García Olmo, Damián; Vorwald, Peter

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** La gastroplastia vertical anillada (GVA) es un procedimiento bariátrico restrictivo ampliamente utilizado hace años, pero que en la actualidad ha quedado en desuso debido a su elevada tasa de fracaso en el control del peso y a su elevada incidencia de complicaciones a largo plazo. Las complicaciones más frecuentes incluyen vómitos, trastornos alimentarios y aparición de pirosis. Diferentes series describen tasas de cirugía de revisión tras GVA de más del 50%.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 39 años con una GVA por vía abierta en el año 2000. Al momento de la consulta presenta un índice de masa corporal de 32 y refiere vómitos y pirosis no controlada con medicación. Se realiza un estudio funcional completo que demuestra una esofagitis grado A en la endoscopia con una pHmetría patológica (DeMeester de 45,4), pese a tratamiento con dosis máximas de inhibidores de la bomba de protones. Valorado el caso, se plantea que la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) en este caso se origina a partir de la obstrucción al flujo de salida del reservorio gástrico que condiciona la GVA, por lo que se decide cirugía de revisión de cara a realizar un bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux (BPG). Se realiza un abordaje laparoscópico con 5 trócares. En primer lugar se liberan las adherencias del epiplón mayor al peritoneo parietal y del estómago al lóbulo hepático izquierdo. Un punto cardinal en la disección es la identificación del lóbulo caudado, que da acceso al pilar diafragmático derecho y permite continuar la disección del hiato esofágico. Se continúa con la disección del reservorio gástrico, los planos de disección son difíciles de identificar dado que el espacio entre el reservorio y el remanente gástrico está ocupado con grasa del epiplon mayor. Finalmente se consigue crear una ventana retroesofágica que permite pasar una cinta que facilita la tracción para la disección. Se crea un túnel retrogástrico desde la curvatura menor del estómago que permite seccionar el estómago con endograpadora proximalmente a la anilla de la gastroplastia previa. Dado que la anilla no se identifica fácilmente, se decide seccionar en la zona de transición entre la zona dilatada y más estenótica del reservorio gástrico. A continuación se realiza un bypass gástrico (asa biliar de 70 cm y alimentaria de 150 cm) con anastomosis gastroyeyunal circular mecánica antecólica con Orvil™ 25 mm. La paciente recibe el alta el tercer día postoperatorio sin incidencias, y a los dos años de seguimiento presenta un IMC 28 y no tiene clínica de reflujo.

**Discusión:** La aparición de ERGE tras una GVA es una de las complicaciones más frecuentemente

descritas en la literatura sobre esta técnica bariátrica. En estos casos, cuando el tratamiento médico falla, se debe proponer un bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux, dado que es la técnica que mejor controla el reflujo en los pacientes obesos. En cualquier caso, se trata de procedimientos complejos, que deben realizarse en Unidades de Cirugía Bariátrica con experiencia en cirugía laparoscópica avanzada.