



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-480 - REGANANCIA DE PESO TRAS *BYPASS* GÁSTRICO ¿QUÉ DEBEMOS SOSPECHAR?

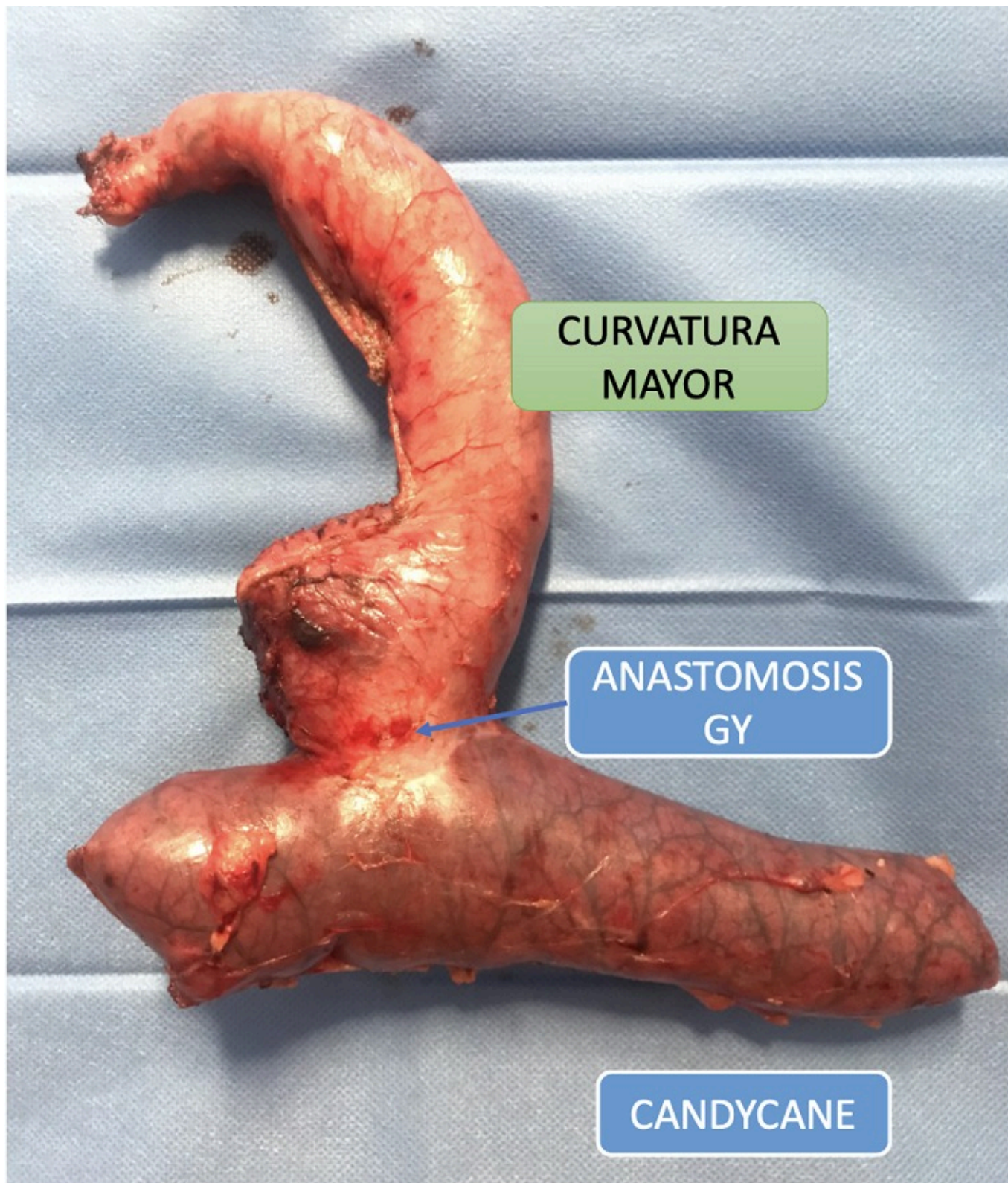
Arranz Jiménez, Raquel; de Vicente Bernal, Irene; Cuadrado Ayuso, Marta; Priego Jiménez, Pablo; Sánchez Picot, Silvia; Gil Yonte, Pablo; Blázquez Hernando, Luis Alberto; Galindo Álvarez, Julio

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** La cirugía bariátrica es la técnica de elección para el tratamiento de la obesidad y del síndrome metabólico. Sus resultados a corto-medio plazo han sido demostrados, pero en ocasiones se produce una reganancia de peso que conlleva un fracaso del mismo. La incidencia de una reganancia de peso > 10% se estima en el 17,6%. El grupo con mayor tasa de reganancia son aquellos que presentaban obesidad extrema (IMC > 40) prequirúrgicamente. Los factores de riesgo relacionados con el fracaso de la técnica son genéticos, dietéticos, psiquiátricos o anatómicos. Entre los factores quirúrgicos/anatómicos destacan el calibre de la anastomosis gastroyeyunal (GY) tras un BPG o un volumen gástrico residual mayor. La dilatación del reservorio gástrico o de la anastomosis GY es una causa frecuente de reganancia de peso y se debe a una ingesta repetida excesiva. En estos casos se debe de evaluar la necesidad de una cirugía de revisión, ya que si no se modifican los patrones de alimentación puede fracasar por segunda vez. En ocasiones la pérdida de peso no se consigue por una técnica inicial poco restrictiva. La sección de la curvatura mayor del estómago se ha relacionado con una disminución de la hormona grelina durante el primer año tras la cirugía por lo que es fundamental la técnica inicial.

**Caso clínico:** Varón de 39 años con antecedentes personales de BPG por superobesidad en 2012 en otro centro, SAOS con CPAP, artropatía psoriásica y síndrome metabólico. Al inicio del estudio presenta una talla de 1,82 m, un peso de 198 kg y un IMC de 59,78. Las pruebas realizadas son un tránsito gastrointestinal (EGD) (fig.) y una tomografía computarizada (TC) toracoabdominopélvica. Destacan en las imágenes los cambios posquirúrgicos tras BPG con un reservorio de 110 × 35 × 34 mm y una esplenomegalia de 15 cm. En la panendoscopia oral se mide un remanente gástrico de 15 cm de longitud. Ante estos hallazgos se indica la cirugía de revisión para *resizing* de reservorio gástrico y nueva anastomosis gastroyeyunal. Mediante abordaje laparoscópico se realiza una exploración de la cavidad abdominal y se objetiva candy cane de 10 cm y reservorio gástrico de gran tamaño. Se revisa la longitud del asa alimentaria hasta el pie de asa. Se realiza una resección de anastomosis previa, candy cane y fundus gástrico y se realiza una nueva anastomosis GY mecánica. En el posoperatorio inmediato no se objetiva complicaciones y el paciente es dado de alta al segundo día posoperatorio con tolerancia oral.



**Discusión:** La reganancia de peso tras un BPG se presenta en 1 de cada 6 pacientes y se asocia a un grado de obesidad con  $IMC > 40$  previo a la intervención. La evaluación de las causas de reganancia, principalmente para evaluar la técnica previa, está basada en pruebas radiológicas y endoscópicas, que orientan al cirujano bariátrico a planificar la cirugía de revisión. La realización de una adecuada técnica y el cumplimiento estricto de las recomendaciones nutricionales en el posoperatorio son fundamentales para el éxito del tratamiento.