



V-236 - BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO ASISTIDO POR GASTROSCOPIA INTRAOPERATORIA

Frangi Caregnato, Andrés Gustavo; Rodríguez Carrillo, Rodolfo; Conde Ric, Andrea; Azorín Samper, María Carmen; Gómez Calomarde, Matías; Villaseñor Cerdà, Elena; Sáez Ruiz, Susana

Hospital de Sagunto, Puerto de Sagunto.

Resumen

Introducción: La cirugía bariátrica y metabólica es un campo que actualmente está en auge, así como métodos mínimamente invasivos y endoscópicos, con diferentes niveles de efectividad. Existen múltiples técnicas y procedimientos, que se escogen en función de las características del paciente y de sus preferencias. Pese a ello, el *gold standard* continúa siendo el *bypass* gástrico, que es también una de las técnicas más utilizadas en cirugías de revisión y reintervenciones. La utilización de técnicas menos efectivas que el *bypass* y la tendencia de estos pacientes a la recuperación de la pérdida ponderal hace que en ocasiones se tengan que intervenir pacientes que ya presentan alteraciones anatómicas que suponen dificultades técnicas no presentes en pacientes no intervenidos.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 44 años con un IMC 39'26 (obesidad grado 2) con antecedente de cirugía gástrica mediante una plicatura gástrica laparoscópica (realizada con sutura continua en curvatura mayor), con posterior reganancia de peso ponderal de 13 kg, de los 30 kg que había perdido tras la cirugía inicial. Tras evaluación por el comité de cirugía endocrina y bariátrica, así como valoración nutricional y la pérdida ponderal preoperatoria de un 10,8% de peso se propuso para intervención quirúrgica conjunta con el servicio de endoscopias. La cirugía consiste en un *bypass* laparoscópico asistido por gastroscopia intraoperatoria durante la creación del reservorio gástrico, con el objetivo de no incluir en las secciones la plicatura existente. Al inicio de la gastroscopia se aprecia una plicatura parcial en curvatura mayor, que actualmente ha perdido su efecto restrictivo, abarcando 2/3 de la curvatura y sin afectar a los vasos cortos. No se evidencian otras alteraciones anatómicas. La intervención se llevó a cabo según su técnica reglada a excepción de la creación del reservorio, en el que se sustituyó la sonda orogástrica por el endoscopio, permitiendo visión directa en el momento de las secciones y asegurando que la línea de grapas no incluía pliegues de la pared gástrica. Permite también descartar sangrados intraluminales y otras complicaciones. El resto del procedimiento se llevó a cabo según el protocolo habitual, incluyendo el cierre de mesos y la comprobación de la estanqueidad de las anastomosis. La intervención transcurrió sin incidencias y el posoperatorio fue favorable, siendo dada de alta al segundo día posoperatorio.

Discusión: La asistencia endoscópica realizada por personal experimentado contribuye a los buenos resultados de la técnica quirúrgica en pacientes con cirugías gastrointestinales previas, asegurando

la integridad de la línea de grapas con visión tanto intra como extra luminal y disminuyendo conceptualmente el riesgo de fugas y otras complicaciones post quirúrgicas.