



# Cirugía Española



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

## V-097 - CIRUGÍA BARIÁTRICA DE CONVERSIÓN: DE *BYPASS* GÁSTRICO ANILLADO TIPO SALMON A *BYPASS* GÁSTRICO EN Y DE ROUX

Morera-Grau, Álex; Jaume Böttcher, Sofía María; Serra, Carme; Villatoro, Montserrat; Goday, Albert; Pera-Román, Manuel; Casajoana, Anna

Hospital del Mar, Barcelona.

### Resumen

**Objetivos:** Ilustrar la técnica de conversión de un *bypass* gástrico anillado según técnica de Salmon, a un *bypass* gástrico en Y de -Roux por vía laparoscópica.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 44 años con antecedentes de SAHS, que fue operada de un *bypass* gástrico anillado tipo Salmon abierto (2000) por obesidad grave, con un IMC máximo de 55,5 kg/m<sup>2</sup>. Tras una correcta pérdida de peso y un IMC mantenido de 31 kg/m<sup>2</sup>, la paciente inicia un cuadro de disfagia a sólidos de 2 años de evolución. En el estudio endoscópico y radiológico se evidencia una estenosis del reservorio gástrico, sin repercusión nutricional en las analíticas. Indicamos 4 sesiones secuenciales de dilatación endoscópica sin éxito. Dada la persistencia de sintomatología y tras valoración multidisciplinar se decide conversión a *bypass* gástrico en Y de Roux. Bajo abordaje laparoscópico, realizando neumoperitoneo con aguja de Veress subcostal izquierda y disponemos los trócares (3 de 12 mm en flanco derecho, línea media y flanco izquierdo, y 2 de 5 mm en epigastrio y línea axilar anterior izquierda). Dividimos la cirugía en diferentes pasos. Paso 1) liberando las adherencias: dada la cirugía previa encontramos adherencias firmes entre la curvatura menor gástrica y el anillo a la cápsula hepática, en este paso es importante identificar la vascularización, en este caso la paciente presentaba una arteria hepática izquierda accesoria. Paso 2) Anatomización de las estructuras: accedemos a la transcavidad de los epiplones a nivel de la curvatura mayor para identificar el reservorio y estómago excluido de la cirugía previa, así como la anastomosis y el asa alimentaria, liberando la curvatura mayor con la sección de los vasos cortos hasta el pilar diafragmático izquierdo. Paso 3) Realización del reservorio gástrico y resección del anillo y estómago excluido: inicialmente, disecamos las estructuras y liberamos las adherencias del trayecto transmesocólico del asa alimentaria para configurar el nuevo reservorio a través de una sección proximal y medial a las estructuras de la cirugía previa. Para ello utilizamos una endograpadora de 60 mm/4,1 mm sin refuerzo. Paso 4) Reconstrucción del tracto gastrointestinal: realizamos una anastomosis gastroyeyunal later-lateral semimecánica lineal con endograpadora de 60 mm/2,5 mm a 25 mm y cierre del defecto con sutura continua de monofilamento reabsorbible de 3/0. Paso 5) Retirada de pieza y comprobación de la estanqueidad con azul de metileno. Dada la buena pérdida de peso y el buen ritmo deposicional de la paciente previos a la cirugía (2-3 deposiciones diarias) decidimos no realizar modificaciones del pie de asa. La paciente presentó un posoperatorio correcto sin complicaciones y fue dada de alta a las 72 horas de la cirugía.

**Discusión:** La conversión de *bypass* anillado tipo Salmon abierto a *bypass* estándar en Y de Roux requiere del conocimiento de la primera técnica, ya que es poco común. Es importante destacar que, ante complicaciones relacionadas con el reservorio gástrico y aumento de peso debería modificarse también la longitud del asa alimentaria mediante la modificación del pie de asa.