



VC-008 - CONFECCIÓN DE NEOPLASTIA GÁSTRICA ROBÓTICA TRAS ESTENOSIS FUNCIONAL DE UNA GASTRECTOMÍA VERTICAL DE CAUSA INFRECUENTE

Bañolas Suárez, Raquel; Acosta Mérida, María Asunción; Casimiro Pérez, José Antonio; Alonso-Lamberti Rizo, Laura; Álvarez García, Anabel; Brito Pérez, Zaida; Callejas Vallejo, Inmaculada; Marchena Gómez, Joaquín

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: La gastrectomía vertical laparoscópica es la técnica de cirugía bariátrica más realizada en el mundo. La popularidad de este procedimiento puede atribuirse a la aparente menor dificultad técnica y la baja incidencia de complicaciones en comparación con otras técnicas, manteniendo buenos resultados ponderales. Una complicación es la estenosis de la gastroplastia, que puede producirse por edema o isquemia de la manga durante el posoperatorio precoz o por torsión, acodamiento o cicatrización de la misma a lo largo de la línea de grapas meses o años después de la intervención. Los pacientes con estenosis de la gastroplastia suelen desarrollar síntomas obstructivos como náuseas, vómitos e intolerancia alimentaria.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 45 años que, con un peso de 170 kg, un IMC de 50,91 Kg/m² y requiriendo CPAP nocturna por un SAOS, es sometido a una gastrectomía vertical laparoscópica, 4 años antes. Durante el seguimiento se objetiva clínica compatible con reflujo gastroesofágico que se controla adecuadamente con omeprazol 20 mg pero, además, comienza a presentar náuseas y vómitos de repetición por lo que se inicia un estudio pormenorizado que incluye tránsito baritado, endoscopia digestiva alta y una tomografía abdominal. La conclusión del estudio es la de una estenosis funcional, posiblemente secundaria a una torsión de la gastroplastia, con un estómago en reloj de arena que mantiene adecuado paso de contraste oral. Ante los hallazgos se decide someter al paciente a una cirugía de revisión, presentando en ese momento un IMC de 29,55 Kg/m² y habiéndose resuelto el SAOS. Intraoperatoriamente, se aprecia una brida gruesa nivel de la incisura angularis que se extiende desde el epiplón mayor al menor, condicionando una torsión y estenosis funcional de la gastroplastia en reloj de arena. Al presentar tejido cicatricial y persistir una tendencia a la rotación tras la lisis de la brida se decide realizar una anastomosis gastro-gástrica látero-lateral mecánica mixta con cierre transversal manual robótico. El paciente evoluciona favorablemente con adecuada tolerancia oral y recibe el alta hospitalaria a las 48 h.

Discusión: Para el manejo de las estenosis de la gastroplastia tras gastrectomía vertical laparoscópica es fundamental realizar un estudio completo que nos permita discernir el origen de la misma. El tránsito baritado y la endoscopia digestiva alta son fundamentales. En los casos en los que se objeque una estenosis mecánica el manejo endoscópico con dilataciones con balón o colocación de *stent* puede arrojar buenos resultados. En los casos de estenosis funcional o mal resultado de las técnicas endoscópicas es necesaria una cirugía de revisión. En función de los hallazgos y las

características del paciente se seleccionará una técnica de corrección, como la anastomosis gástrica, tal es nuestro caso, o una cirugía de conversión a otra técnica, por ejemplo, a *bypass* gástrico. Las ventajas del robot quirúrgico se pueden aplicar con seguridad para abordar la complejidad de la cirugía de revisión.