



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-132 - BYPASS GÁSTRICO EN PACIENTE CON GASTRECTOMÍA SUBTOTAL POR CÁNCER GÁSTRICO

Parés Bofill, Berta; Caubet Busquet, Enric; Beisani Pellisé, Marc; García Ruiz de Gordejuela, Amador; Vilallonga Puy, Ramón; Pera Ferreruela, Meritxell; González López, Óscar; Fort López-Barajas, José Manuel

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Caso clínico: Se presenta a paciente mujer de 53 años con antecedentes de hipotiroidismo y de gastrectomía subtotal con reconstrucción en Y de Roux por adenocarcinoma gástrico en 2002, recibiendo posteriormente quimioterapia y actualmente libre de enfermedad. Se remite a consultas de Cirugía Bariátrica por presentar obesidad grado II (IMC 38,7 kg/m² con un peso de 108 kg y talla de 1,67 m) y como única comorbilidad asociada, esteatosis hepática. En el preoperatorio se realiza fibrogastroscopia y tránsito esófago-gastro-duodenal que evidencia gastrectomía subtotal y anastomosis gastro-yeyunal dentro de la normalidad. En la ecografía se objetiva leve esteatosis hepática y en la TC abdominal se descarta recidiva de la neoplasia y se objetiva ascenso del asa transmesocólica. Tras valoración por el equipo multidisciplinar se considera apta para cirugía bariátrica y se indica conversión a bypass gástrico. Técnica quirúrgica: intraoperatoriamente, se identifica anastomosis gastro-yeyunal en Y de Roux transmesocólica, contabilizando 60 cm de asa alimentaria y 50 cm de asa biliopancreática. Tras anatomización del estómago y la anastomosis, se confecciona reservorio gástrico tutorizado con sonda de Fouchet 36F a 5 cm de la unión gatroesofágica. Se completa la degastrectomía con sección del asa alimentaria yuxtananastomótica. Se procede a la confección de la anastomosis reservorio-yeyunal semimecánica y con ascenso del asa antecólico. Se distaliza el pie de asa para alargar el tramo biliopancreático, dejando un asa de 150 cm. El postoperatorio transcurre sin incidencias siendo alta a domicilio el tercer día postoperatorio. La anatomía patológica de la anastomosis gastro-yeyunal describe gastritis crónica moderada, sin evidencia de metaplasia intestinal, displasia epitelial o invasión neoplásica.

Discusión: Para la conversión a bypass gástrico en estos casos, la estrategia quirúrgica consiste en anatomizar las estructuras y planificar el manejo de las asas. En este caso, se consideró que la distalización del pie de asa era la opción técnicamente más factible. Otras opciones hubieran pasado por la anatomización de las asas o sección del asa alimentaria, previo a la construcción de la parte hipoabsortiva del bypass.