



V-66 - RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA POR TRES PUERTOS (5, 5 Y 12 MM) DE ANASTOMOSIS GASTROENTÉRICA EN PACIENTE CON *BYPASS* GÁSTRICO CON ESTENOSIS CRÓNICA

D. Lipski, R. Vilallonga, S. Haicam, E. Mourad y J. Himpens

Hopital Edith Cavell-CHIREC, Bélgica.

Resumen

Introducción: A largo plazo, las nuevas estrategias quirúrgicas se han aplicado con el fin de resolver los nuevos problemas clínicos que han aparecido al paciente sometido a un *bypass* gástrico para el tratamiento inicial de su obesidad mórbida. Una de las complicaciones es la estenosis de la anastomosis gastroyeyunal.

Caso clínico: Presentamos un caso clínico de una paciente de 46 años, que se sometió a un *bypass* gástrico hace 5 años para tratamiento de su obesidad mórbida (IMC: 46 kg/m²). La paciente presentó un postoperatorio anodino con un seguimiento a largo plazo claramente marcado por una correcta pérdida de peso. En la actualidad, la paciente presentaba una estenosis a nivel de la anastomosis, con una fibrogastroscoopia que no evidenció ninguna úlcera anastomótica. Se realizaron 4 sesiones de dilataciones sin mejoría clínica. El video presenta los tiempos quirúrgicos para resecar la anastomosis gastroentérica (con el asa alimentaria), con 3 puertos mediante el uso de óptica de 5 y 10 mm. Una sección completa de la anastomosis es mandatoria. El paciente se sometió a revisión de *bypass* gástrico por estenosis anastomótica. El postoperatorio resultó sin incidencias y la paciente fue dada de alta a los 3 días.

Discusión: La úlceras anastomóticas son la causa más frecuente de estenosis a largo plazo en las anastomosis gastroyeyunales en el *bypass* gástrico. Sin embargo, nuestra paciente no pudo evidenciarse la misma. A pesar de esto, una cirugía revisional mostró una fibrosis importante de la anastomosis y la resección de la misma fue el tratamiento a realizar una vez los tratamientos no quirúrgicos fueron probados. La cirugía mínimamente invasiva con 3 puertos de 12, 5 y 5 mm sigue siendo al abordaje de elección. La cirugía revisional en la obesidad mórbida puede ser compleja. Las técnicas mínimamente invasivas pueden ser de interés y deben ser aplicadas. Las estenosis de anastomosis, aunque raras pueden requerir un tratamiento quirúrgico con su resección y confección.