



## V-045 - BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTE OBESO INTERVENIDO PREVIAMENTE DE FUNDUPLICATURA DE NISSEN ABIERTA

Qian Zhang, Siyuan; Hernández Villafranca, Sergio José; Orihuela Arroyo, María Pilar; Huarachi Guarachi, Miguel Ángel; Marín Campos, Cristina; Posada González, María; Salcedo Cabañas, Gabriel; Vorwald Wolfgang, Peter

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una de las enfermedades gastrointestinales más prevalentes en la población. El sobrepeso aumenta 3 veces el riesgo de padecer ERGE, hasta el punto que se considera una de las comorbilidades más comúnmente asociadas a la obesidad. No es infrecuente que pacientes en los que se plantea una cirugía bariátrica hayan sido sometidos previamente a cirugía antirreflujo, lo que puede incrementar la complejidad y el riesgo de la cirugía bariátrica. Presentamos un video en el que se realiza una conversión de una funduplicatura de Nissen abierta a un *bypass* gástrico por laparoscopia.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de varón de 47 años con índice de masa corporal (IMC) de 42,5 (peso 120 kg, talla 168 cm), hipertenso y con síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) en tratamiento con CPAP. Asocia también antecedentes de ERGE intervenido en 2008 en otro centro, realizándose una funduplicatura de Nissen abierta. En 2016 presenta una eventración supraumbilical encarcerada que precisa colocar una malla. En 2017 acude a nuestro centro para entrar en el programa de cirugía bariátrica y tras conseguir el apto para la intervención, se le propone deshacer la funduplicatura previa y realizar un *bypass* gástrico. Se plantea de entrada un abordaje laparoscópico. Se realiza un abordaje laparoscópico cerrado con 3 trócares de 5 mm y 2 de 12 mm. Se confirma síndrome adherencial importante que precisa realizar en primer lugar una adhesiolisis extensa de las adherencias del epiplón mayor y asas intestinales. Se continúa liberando las adherencias del lóbulo hepático izquierdo hasta identificar el pilar diafragmático derecho. Se termina de liberar el fundus y cuerpo gástrico, identificando ambas valvas de la funduplicatura previa. Finalmente se procede a la disección del hiato esofágico y esófago intraabdominal. A continuación se secciona la funduplicatura previa con una *EndoGIA*<sup>TM</sup> carga dorada de 45 mm y se libera el fundus gástrico identificando correctamente el ángulo de His. Por último se realiza un *bypass* gástrico (asa biliar de 70 cm y alimentaria de 150 cm) con anastomosis gastroyeyunal circular mecánica antecólica con *Orvil*<sup>TM</sup> 25. Cabe destacar que no es necesario reseca el fundus gástrico dado que queda bien perfundido. Asimismo se cierran los pilares diafragmáticos con dos puntos sueltos de Ethibond<sup>®</sup> 2/0. Recibe el alta al cuarto día postoperatorio sin incidencias. Al año de seguimiento, el peso ha bajado a 79 Kg, desapareciendo la hipertensión y la necesidad de tratamiento con CPAP.

**Discusión:** A pesar de que se trata de una cirugía mucho más dificultosa, el *bypass* gástrico tras

funduplicatura previa es una cirugía segura y efectiva siempre que se realice en manos expertas. En este caso además se suma la complejidad de que el Nissen previo había sido realizado vía abierta, lo que incrementó el tiempo y la complejidad de la intervención. Recordar que en los pacientes obesos que presentan ERGE la cirugía antirreflujo de elección es el *bypass* gástrico por encima de una funduplicatura, dado que la tasa de éxito para control del reflujo de la funduplicatura laparoscópica es mucho menor en este tipo de pacientes.