



VC-010 - RECONVERSIÓN DE *BYPASS* GASTROILEAL A *BYPASS* GÁSTRICO EN Y DE ROUX LAPAROSCÓPICO

Moreno Hidalgo, Ana; Monturiol, José María; Steiner, Miguel Ángel; Tudela, María; de Tomás, Jorge; Gómez Lanz, Laura; Orue-Echebarria, Maitane Igone

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción: El *bypass* gastroileal se implanta en 2010 como técnica innovadora derivada del *bypass* biliopancreático (BBP). Según estudios recientes, se trata de una técnica con alta eficacia en la pérdida de peso, presentando, sin embargo, los inconvenientes comunes de las técnicas malabsortivas. Presentamos a continuación paciente intervenida de *bypass* gastroileal por obesidad mórbida que requirió reconversión a *bypass* gástrico en Y de Roux por intolerancia oral secundaria a estenosis de anastomosis gastroileal.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente mujer de 28 años de edad intervenida de *bypass* gastroileal laparoscópico por obesidad mórbida (IMC 45 kg/m²). Derivada a nuestro centro por desnutrición grave (IMC 19 kg/m²) secundaria a intolerancia oral tras 6 años de la intervención. Se realiza gastroscopia evidenciándose anastomosis gastroileal estenosada, TGDE que evidencia dilatación del reservorio gástrico y cambio de calibre a nivel de la anastomosis. Debido a la persistencia clínica a pesar de dilatación con balón endoscópico, se decide reconversión programada a *bypass* gástrico en Y de Roux. Por vía laparoscópica, se objetiva *bypass* gastroileal de una sola anastomosis y asa común a 2,5 metros de válvula ileocecal con gran dilatación del estómago funcionante. Tras adhesiolisis; se identifica la anastomosis gastroileal estenosada, que se secciona con endograpadora 45 mm carga morada y se lleva a cabo la liberación del reservorio gástrico. A continuación se secciona el estómago redundante previa tutorización gástrica con sonda orogástrica 40F, confeccionando reservorio gástrico (60 cc). Posteriormente procedemos a realizar el *bypass* gástrico en Y de Roux (BGYR) convencional, mediante el ascenso de asa antecólica con asa alimentaria de 130 cm y asa biliopancreática de 70 cm. Las anastomosis gastroyeyunal y el pie de asa se realizaron con endograpadoras moradas 60 y 45 mm y cierre manual de brecha con sutura barbada. Se cerró la brecha mesentérica para disminuir el riesgo de hernias internas en el postoperatorio. El postoperatorio evolucionó favorablemente, siendo dada de alta al 3^{er} día postoperatorio. En el seguimiento en consultas la paciente permanece asintomática, con adecuada ganancia ponderal; sin evidencia de fuga o estenosis en TGDE.

Discusión: El *bypass* gastroileal surge como una variante del BBP sin gastrectomía en el tratamiento de la OM con el objetivo de minimizar la morbimortalidad de esta técnica, constituyendo en la actualidad el 3,6% de las intervenciones bariátricas realizadas en España. La confección de una anastomosis disminuye la comorbilidad asociada a la técnica, aumentando, sin embargo el

reflujo alcalino a largo plazo y la presencia de úlceras de boca anastomótica. Debido a la escasa experiencia en esta técnica; se considera experimental hasta evaluar resultados a largo plazo, manteniéndose el BGYRL y la gastrectomía vertical como las técnicas de elección. El BGYRL sigue siendo el gold estándar en cirugía bariátrica, estando especialmente indicado en las reconversiones de todas aquellas técnicas de cirugía bariátrica que hayan propiciado el desarrollo de RGE sintomático así como resolución de otras complicaciones desarrolladas.