



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-177 - CONVERSIÓN DE BYPASS GÁSTRICO EN Y ROUX A SADI-S 250 LAPAROSCÓPICO POR REGANANCIA PONDERAL

Marín, Sara; Pañella Vilamú, Clara; Saez Rodríguez, Carlos; López Antoñanzas, Leyre; Hernández Pérez, Carmen; Rubio, Miguel Ángel; Sánchez Pernaute, Andrés; Torres García, Antonio José

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: Actualmente la obesidad se considera un grave problema de salud en todo el mundo. Aproximadamente el 50% de la población tiene sobrepeso u obesidad. La cirugía bariátrica es el único tratamiento que ha resultado ser efectivo para la pérdida ponderal y el control de las comorbilidades asociadas a la obesidad. El número de cirugías bariátricas se ha incrementado exponencialmente en las últimas décadas, y de forma paralela, el número de reintervenciones. Se ha descrito que hasta un 20-25% de los pacientes van a requerir otro procedimiento bariátrico debido a una reganancia de peso, una pérdida ponderal insuficiente o complicaciones relacionadas con el procedimiento inicial. Dado que estas cirugías de revisión son complejas deben realizarse en unidades con alto volumen y por cirujanos bariátricos expertos. El objetivo del vídeo es presentar uno de estos casos de cirugía revisional y sus aspectos técnicos, conversión de *bypass* gástrico en Y de Roux a SADI-S 250 laparoscópico con resección del asa alimentaria.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 50 años con antecedentes de Lupus, síndrome antifosfolípido, hipertensión arterial, accidente cerebrovascular, abdominoplastia y apendicectomía. En 2013, por obesidad mórbida (IMC 45 kg/m²) se realiza un *bypass* gástrico en Y de Roux 150 × 250 laparoscópico. Durante el seguimiento, la paciente presenta inicialmente adecuada pérdida ponderal, alcanzando un IMC mínimo de 19,89 kg/m². Posteriormente comienza a reganar peso, obteniendo un IMC de 39 kg/m², motivo por el cual se decide realizar una cirugía de revisión y convertir a SADI-S 250 laparoscópico. En primer lugar, se realiza adhesiolisis de cirugía previa. No se evidencia dilatación del *pouch* ni del asa alimentaria, tampoco "Candy Cane". Se mide la longitud tanto del asa alimentaria (250 cm) como del canal común (> 450 cm). Dado que presenta suficiente longitud del canal común se decide resección del asa alimentaria, con el objetivo de preservar el pie de asa y evitar así realizar una tercera anastomosis. Simplificando la técnica quirúrgica y disminuyendo el riesgo de complicaciones. Posteriormente se realiza la anastomosis gastrogástrica mecánica con endograpadora y la anastomosis duodeno-ileal también mecánica. Comprobación de estanqueidad con azul de metileno, sin evidenciarse fuga. Se deja drenaje perianastomótico en la anastomosis duodeno-ileal. El posoperatorio transcurre sin incidencias y la paciente es dada de alta al 5º día. Actualmente en seguimiento en consultas. En el primer mes tras la cirugía la paciente presenta una pérdida ponderal de 10 kg y un IMC de 34,5 kg/m².

Discusión: La cirugía bariátrica de conversión constituye un porcentaje apreciable de los casos

intervenidos. El SADI-S como técnica de revisión tras otra cirugía bariátrica parece ser una opción segura y con buenos resultados en cuanto a pérdida ponderal y resolución de comorbilidades. Además de ser una técnica sencilla y reproducible. No obstante, son necesarios más estudios con seguimiento a largo plazo.