



V-132 - CONVERSIÓN A *BYPASS* GÁSTRICO POR OBSTRUCCIÓN SECUNDARIA A *TWIST* DE *SLEEVE* LAPAROSCÓPICO: LA IMPORTANCIA DE LA LÍNEA DE GRAPADO

Choliz Ezquerro, Jorge; Aparicio López, Daniel; Cuadal Marzo, Javier; Bernad Anso, Alba; Casamayor Franco, Maria Carmen; Borlan Anson, Sofia; Hernando Almudí, Ernesto; Dobon Rascon, Miguel Angel

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción: El *sleeve* gástrico constituye una de las técnicas más empleadas debido es una de las técnicas más sencillas de dominar y reproducir, técnicamente más sencillo que otras técnicas como el *bypass* gástrico. Las dos complicaciones más frecuentes en el posoperatorio inmediato son el sangrado y la fuga de la línea de grapado, siendo el RGE por torsión una de las más frecuentes a largo plazo. La obstrucción o estenosis por torsión de la manga gástrica en el posoperatorio reciente es una complicación poco frecuente

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 57 años con antecedentes de hipertensión arterial y con un IMC de 42,8 intervenida de obesidad mórbida y hernia de hiato asociada, realizándose *sleeve* gástrico con cierre de pilares. La paciente acude a consultas a las 2 semanas de la intervención refiriendo intolerancia alimentaria con vómitos de repetición desde el alta hospitalaria, por lo que se le realiza un estudio preparatorio que consta de tomografía computarizada abdominal que informa de dilatación esofágica con contenido en su interior, sin alteraciones posquirúrgicas, endoscopia digestiva, que informa de estómago receptorista con estenosis de la luz, secundaria a un vólvulo-seudovólvulo gástrico y tránsito con contraste oral que confirma los hallazgos. Se decide intervención quirúrgica, se comprueban adherencias del epiplón a línea de grapas que condiciona torsión de la manga gástrica que condiciona el cuadro oclusivo de la paciente, se realiza nueva gastroscopia durante la intervención que evidencia ya superficie ulcerada en la mucosa gástrica en la zona de estenosis y esofagitis erosiva Grado C. Se liberan las adherencias que condicionan el *twist* gástrico y se convierte a *bypass* gástrico, se confecciona un *Pouch* largo de 10 cm, con un asa biliar a aproximadamente 100 cm y asa alimentaria de aproximadamente 150 cm. Tras la cirugía la paciente es dada de alta a los 4 días con resolución de su sintomatología.

Discusión: El *twist* gástrico constituye una complicación relativamente frecuente a largo plazo que suele condicionar reflujo gastroesofágico como principal sintomatología, normalmente se debe a la tracción excesiva de la manga gástrica debido a la estrechez de la misma por emplear una sonda de Foucher demasiado estrecha o por ceñirse demasiado a la misma. En nuestro caso ocurrió como complicación en el posoperatorio reciente secundario a una brida en la línea de grapado y condicionaba una obstrucción de la misma. La solución es la reconversión a *bypass* gástrico

laparoscópico en Y de Roux.