



www.elsevier.es/cirugia

V-037 - Análisis de complicación en bypass GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO: asa biliodigestiva ciega

M.L. Sánchez de Molina Rampérez, D. Cortes Guiral, A. Gómez Valdazo, C. Ferrero, S. González, P. Tejedor Togores, P. Vorwald Wolfgang y D. García Olmo

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Objetivos: El bypass gástrico por vía laparoscópica constituye una técnica muy eficaz para el tratamiento de la obesidad mórbida. Sin embargo no es una técnica sencilla y por ello no está exenta de complicaciones.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 33 años que se somete a la realización de bypass gástrico electivo (peso: 111 kg, talla: 158 cm, índice de masa corporal: 44). Se realiza la cirugía con cirujanos que no forman parte del equipo habitual esofagogástrico. En el segundo día postoperatorio la paciente comienza con dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho que no cede con analgesia y malestar general. Por ello realizamos tomografía axial computarizada con contraste intravenoso y oral, donde no se observa neumoperitoneo, ni extravasación del contraste oral. Se observa dilatación del remanente gástrico, duodeno y yeyuno proximal hasta anastomosis del pie del asa, con buen vaciamiento del asa alimentaria. Ante la sospecha de la existencia de una complicación técnica dada la aparición precoz de la clínica, se revisa exhaustivamente el material audiovisual de la cirugía (que se adjunta), constatando la anastomosis de pie de asa sobre el mismo asa alimenticia, quedando ciega el asa biliodigestiva. En base a estos hallazgos se decide reintervención urgente mediante una minilaparotomía trasversa realizando la correcta anastomosis latero-lateral entre asa biliodigestiva y asa alimentaria. La paciente se recuperó sin incidencias siendo dada de alta al tercer día.

Discusión: La actuación precoz evitó la morbilidad y mortalidad asociada a esta complicación, siendo el TAC con contraste oral e intravenoso una prueba diagnóstica útil. La filmación de las cirugías nos permitió detectar el fallo técnico y actuar mediante un abordaje localizado con una incisión poco invasiva. Además creemos que el bypass gástrico es una técnica laparoscópica lo suficientemente compleja como para exigir un equipo de cirujanos especializados en ello. Por último, destacar los detalles técnicos que creemos, ayudan a evitar este tipo de errores: fijar el asa biliodigestiva a 70 cm del ángulo de Treitz, marcar con tinta el asa biliodigestiva, y alinear el asa alimentaria a 150 cm mediante un punto al asa biliar.