



V-14 - CONVERSIÓN LAPAROSCÓPICA DE MINIBYPASS GÁSTRICO A ANATOMÍA NORMAL POR CAQUEXIA GRAVE

R. Vilallonga, D. Lipski, E.M. Haicam, J. Sausez y J. Himpens

CHIREC. Edith Cavel, Bruselas-Bélgica.

Resumen

Introducción: A largo plazo, las nuevas estrategias quirúrgicas se han aplicado con el fin de resolver los nuevos problemas clínicos que han aparecido al paciente sometido a un bypass gástrico para el tratamiento inicial de su obesidad mórbida. Hay pocas referencias hechas de reversión a la anatomía normal des de un minibypass gástrico.

Caso clínico: Presentamos un caso clínico de una paciente de 36 años, que se sometió a un minibypass gástrico en enero de 2012 para tratamiento de su obesidad mórbida (IMC: 40 kg/m²). La paciente presentó un postoperatorio anodino con un seguimiento a largo plazo claramente marcado por una pérdida de peso. En la actualidad, la paciente pesaba 44 kg y con su altura de 162 (IMC: 16,8 Kg/m²). EL video presenta los tiempos quirúrgicos para y errores a evitar para revertir un bypass gástrico tipo II a una anatomía normal. La disección completa de la anatomía es mandatoria, con clara identificación del reservorio gástrico, asa intestinal aferente y eferente y el remanente gástrico. Una sección completa con el refuerzo de la línea de grapado de la extremidad se debe realizar. Una anastomosis manual completa gastrogástrica se realiza mediante el uso de sutura monofilamento reabsorbible. El paciente se sometió a conversión de bypass gástrico tipo 2 a la anatomía normal. Nuestro departamento cuenta con una larga experiencia (16 casos) en reconversiones a anatomía normal por diferentes razones, incluyendo las hipoglicemias principalmente, la recuperación del peso, el síndrome de dumping grave y la delgadez severa. Este paciente es un caso raro de bypass gástrico de tipo II que fue sometido a reversión a la anatomía normal por delgadez grave. Un focus especial debe hacerse para evitar el sangrado y fugas en el período postoperatorio agudo.

Discusión: La conversión a anatomía normal es una cirugía compleja. Nuestro propio departamento también ha demostrado la viabilidad de añadir una gastrectomía vertical durante el mismo procedimiento con el fin de evitar la recuperación del peso o por un cambio de estrategia quirúrgica como la conversión de un paciente con un bypass gástrico a un posible candidato a un cruce duodenal futuro. La conversión laparoscópica a anatomía normal es factible y segura. El bypass gástrico tipo II es menos difícil en comparación con el estándar. Sin embargo, algunos puntos quirúrgicos tienen que ser considerados.