



www.elsevier.es/cirugia

O-149 - BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO COMO ALTERNATIVA A UNA CIRUGÍA BARIÁTRICA PREVIA INEFICAZ: SERIE DE 84 PACIENTES

A. Sánchez Ramos, A. Rico, M. Goergen, V. Poulaïn, L. Arru y J.S. Azagra

Centre Hospitalier, Luxembourg.

Resumen

Introducción: Las reintervenciones tras una cirugía bariátrica son cada vez más frecuentes. Las secuelas funcionales intolerables y el fracaso de la primera intervención, bien por aumento o ausencia de pérdida de peso, son las causas más frecuentes. En estos casos, los resultados inmediatos y a medio plazo del bypass gástrico (redo) son discordantes en la literatura.

Métodos: Se ha realizado una revisión de los pacientes operados de bypass gástrico redo entre 2003 y 2011. Los datos perioperatorios inmediatos han sido analizados, así como los resultados de los 6 meses posteriores.

Resultados: Durante el periodo del estudio, 1252 pacientes se han beneficiado de un bypass gástrico retrocólico retrogástrico, de los cuales 84 fueron redo, es decir, un 6,7% han sido convertidos a una cirugía bariátrica definitiva (57 tras banda gástrica, 7 tras gastroplastia vertical calibrada, 18 tras una gastrectomía tubular y 2 tras bypass gástrico según otra técnica). La edad media de los pacientes fue de 42 años (22- 64 años) y IMC medio fue de 42 kg/m^2 ($26-61 \text{ kg/m}^2$). Las indicaciones fueron: secuelas funcionales intolerables en 12 pacientes, frecuentemente del tipo disfagia o reflujo; y el fracaso del tratamiento inicial en 72 pacientes (asociado a secuelas funcionales en 62 pacientes). Las pérdidas sanguíneas fueron en todos los casos inferiores a 100 ml, sin complicaciones mayores peroperatorias, siendo el tiempo medio de cirugía de 186 minutos (120-350 min). La mortalidad y la tasa de conversión fueron nulas. Durante el postoperatorio inmediato se trató una fistula gastroyeyunal, mediante drenaje quirúrgico, y 2 pacientes fueron reoperados por hernia interna y hematoma respectivamente. Como complicaciones no quirúrgicas se diagnosticaron una embolia pulmonar y tres hemorragias digestivas, que precisaron transfusión de 2 concentrados de hematíes. La duración media de hospitalización fue de 4 días (3-13 días) y 3 pacientes fueron readmitidos: 2 por cólico biliar y 1 por obstrucción por bridas. Dos estenosis anastomóticas (por causa de la fistula gastroyeyunal) se trataron mediante dilatación endoscópica al mes de la cirugía. La media de IMC a los 6 meses fue de $29,6 \text{ kg/m}^2$. Las secuelas funcionales mejoraron en 69 de 72 pacientes.

Conclusiones: Más del 10% de los pacientes sometidos a una cirugía bariátrica van a necesitar una reintervención debido a una ganancia ponderal o a secuelas funcionales que alteran su calidad de vida (reflujo, disfagia). En este contexto, el bypass redo tiene un papel preponderante, asumiendo las dificultades técnicas inherentes. En nuestra experiencia la adhesiolisis, alarga el tiempo operatorio. La tasa de complicación hemorrágica fue mayor que en el bypass de primera intención, permaneciendo siempre aceptable, así como los días de ingreso y la tasa de readmisión. Los resultados al sexto mes postoperatorio fueron también favorables, tanto en el plano funcional como en la pérdida de peso. El bypass gástrico tras una cirugía bariátrica, es por lo tanto, una opción terapéutica segura y eficaz.