



## V-113 - CIRUGÍA DE REVISIÓN TRAS BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO: ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS

Ferrero San Román, Carla; Posada González, María; Sánchez de Molina, María Luisa; Gómez Valdazo, Adela; Restrepo, Rafael; Bernal, M Enriqueta; Salcedo, Gabriel; Vorwald, Peter

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** Actualmente el bypass gástrico es la técnica más utilizada en el tratamiento quirúrgico de la obesidad. Este tipo de cirugía requiere un seguimiento estrecho del postoperatorio para conseguir un diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones tardías que puedan aparecer. La estenosis de la anastomosis gastroyeyunal es la complicación más frecuente en la cirugía de derivación gástrica laparoscópica, alcanzando en algunas series hasta el 15%. El cuadro clínico se caracteriza por intolerancia oral progresiva, vómitos y dolor abdominal junto con una excesiva pérdida de peso.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 44 años, con antecedentes de hipotiroidismo y obesidad mórbida (IMC inicial de 48). En 2011 se le realiza un bypass gástrico laparoscópico. Tras esta primera cirugía la paciente comienza con vómitos frecuentes, disfagia e importante pérdida de peso. Se realiza una endoscopia que evidencia una estenosis de la anastomosis tardía (a los 8 meses de la cirugía). Se llevan a cabo tres dilataciones neumáticas sin éxito. Durante la evolución del cuadro requiere ingreso por deshidratación severa con insuficiencia renal aguda. Se coloca un endoprótesis metálica autoexpandible recubierta en enero de 2014, que se retira a los cuatro meses con recurrencia posterior de la sintomatología. Se realiza un tránsito esofagogástrico tras la retirada de la endoprótesis en el que se ve una estenosis de la anastomosis con reservorio gástrico dilatado y un trayecto fistuloso desde el área anastomótica. Dada la persistencia de la clínica, se decide realizar una cirugía de revisión en mayo de 2014 (IMC 18). Se realiza un abordaje laparoscópico, apreciando un plastrón inflamatorio crónico entre el borde inferior del lóbulo hepático izquierdo y la cara anterior del antro gástrico que engloba la anastomosis gastroyeyunal y provoca una estenosis filiforme anastomótica. Se procede a la liberación de las adherencias entre la cara inferior del lóbulo hepático izquierdo y la anastomosis gastroyeyunal. Posteriormente se diseña la anastomosis gastroyeyunal en su cara posterior, observando una fistula crónica hacia el estómago excluido que se cierra con puntos sueltos. Se lleva a cabo una resección de la anastomosis previa para realizar una nueva anastomosis mecánica circular con sonda Orvil™ de 25 mm. El postoperatorio cursa con normalidad. A los 12 meses de la cirugía la paciente se encuentra asintomática con IMC mantenido dentro de la normalidad.

**Discusión:** La estenosis de la anastomosis del bypass gástrico es una de las complicaciones más frecuentes en esta cirugía. El tránsito esofagogástrico, la endoscopia digestiva alta y el TAC establecen el diagnóstico. El tratamiento inicial es la dilatación neumática mediante endoscopia, pero cuando esto falla es necesaria una revisión quirúrgica. La cirugía bariátrica de revisión es una cirugía técnicamente más compleja y que pueden conllevar una mayor morbimortalidad, por lo que requiere un equipo quirúrgico especializado y entrenado en cirugía de la obesidad laparoscópica.