



www.elsevier.es/cirugia

V-117 - VOLVULACIÓN O TWIST DEL SLEEVE GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO. RECONVERSIÓN A BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX

García García, María Luisa; Lirón Ruiz, Ramón; Torralba Martínez, José Antonio; Martín Lorenzo, Juan Gervasio; Aguayo Albasini, José Luis

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción: El Sleeve laparoscópico para el tratamiento de la obesidad, se ha convertido en un proceso con gran aceptación y en creciente uso, ya que aunque es necesaria una curva de aprendizaje, técnicamente es más sencillo que otras técnicas como el bypass gástrico. En el postoperatorio, la atención se centra en las dos complicaciones más frecuentes como son el sangrado y la fuga de la línea de grapado. Sin embargo, puede estar asociada con más complicaciones insidiosas, como la estenosis funcional como presentamos en el vídeo a continuación.

Caso clínico: Mujer de 23 años con IMC 50 Kg/m², y sin AP de interés salvo síndrome ansioso depresivo, por indicación de la evaluación psiquiátrica de la unidad de cirugía bariátrica se decide realización de Sleeve gástrico laparoscópico. La paciente desde el postoperatorio inmediato presenta intolerancia oral y vómitos posprandiales. Se realiza TGE que observa dos puntos de estenosis a nivel del cuerpo gástrico. Se decide revisión laparoscópica el 7º día postoperatorio con realización de gastroscopia intraoperatoria, donde se objetiva la volvulación de la tubuladura. Durante la laparoscopia de liberan adherencias y se objetiva línea de grapado en espiral y estomago retorcido, por lo que se decide reconversión a bypass gástrico.

Discusión: Se identificaron dos causas de estenosis funcional distintas en el postoperatorio inmediato. La primera es un twist o volvulación de la tubuladura entre el cuerpo y el antro que se comporta como un esfínter y evita el estómago se vacíe con eficacia. El segundo se debe a un curso espiral de la toda la línea de grapado alrededor del estómago. La consecuencia funcional es un vaciamiento ineficaz del estómago debido a las contracciones no coordinadas. El mecanismo responsable creemos que puede ser una excesiva tracción de la pared posterior del estómago cuando se está seccionando intentando ceñirse al tutor. En nuestro caso, ante la sospecha clínica, se realizó TGE y gastroscopia intraoperatoria que orientaron el diagnóstico. El tratamiento quirúrgico es la norma y requiere reconversión a bypass gástrico en Y de Roux, ante la imposibilidad de desvolvular la manga gástrica y su dificultad de anclaje a estructuras vecinas.