



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## V-030 - Cirugía de revisión: Conversión de sleeve a by- pass gástrico

Granel Villach, Laura; Laguna Sastre, José Manuel; Ibáñez Belenguer, Miguel; Lluch Martín, Berta María; Menor Durán, Pedro Daniel; Aliaga Hidalgo, Elena; Villarín Rodríguez, Álvaro; Escrig Sos, Javier

Hospital General de Castellón, Castellón.

### Resumen

**Introducción:** El sleeve gástrico o la gastrectomía vertical fue descrita, en su origen, como el primer tiempo de una cirugía. Pero los resultados de la técnica por sí misma, con una tasa de éxito superior al 90% y una pérdida del 80% de peso a los 10 años, junto con los cambios metabólicos, ha hecho que se establezca como un estándar actual de la cirugía bariátrica. La necesidad de cirugía de revisión y de conversión a by-pass gástrico, suele ser por falta de una adecuada pérdida de peso (en el 12-30% de los casos), aunque pueden existir otras causas relacionadas con complicaciones de la técnica. Estudio descriptivo retrospectivo de un caso clínico diagnosticado y tratado en nuestro centro en el último año.

**Caso clínico:** Paciente varón de 52 años de edad con antecedentes personales de HTA, dislipemia y SAOS con CPAP nocturna, intervenido de sleeve gástrico laparoscópico hace 2 años. IMC actual 35,92 Kg/m<sup>2</sup>. Tras la cirugía inició con clínica de reflujo gastro-esofágico (RGE) intenso que no mejoraba a pesar de tratamiento conservador a dosis plenas. Se solicitó un tránsito esófago-gastro-duodenal evidenciándose una formación diverticular paracardial en el remanente del fundus gástrico que acumulaba parte del contraste ingerido condicionando retención en el esófago. La gastroscopia confirmó el diagnóstico, describiendo un saco paralelo al remanente gástrico. Por lo mismo, y dados los hallazgos se decidió cirugía de revisión. Se identificó el tubo gástrico y al liberar las adherencias se evidenció el bolsón proximal y posterior. Así pues, se realizó resección del mismo y conversión a by-pass gástrico dejando un asa biliopancreática de 60 cm y un asa alimentaria de 150 cm sin complicaciones asociadas. En el postoperatorio inmediato la evolución fue muy favorable, con buena tolerancia oral y control del dolor, siendo alta a las 72 horas tras la cirugía. En el seguimiento a los dos meses, el paciente ha permanecido asintomático con desaparición completa de la clínica y con una pérdida de peso adecuada.

**Discusión:** El sleeve gástrico es una técnica segura que muestra excelentes resultados. La presencia de un bolsón gástrico residual como complicación es poco frecuente (2-5%) originando una clínica de RGE. El tratamiento definitivo, si no mejora con antiácidos, es la revisión quirúrgica con resección del bolsón y conversión a by- pass gástrico. Los resultados son muy favorables, mostrando una resolución completa de la sintomatología.