



V-177 - CONVERSIÓN DE BYPASS GÁSTRICO EN Y ROUX A SADI-S 250 LAPAROSCÓPICO POR REGANANCIA PONDERAL

Marín, Sara; Pañella Vilamú, Clara; Saez Rodríguez, Carlos; López Antoñanzas, Leyre; Hernández Pérez, Carmen; Rubio, Miguel Ángel; Sánchez Pernaute, Andrés; Torres García, Antonio José

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: Actualmente la obesidad se considera un grave problema de salud en todo el mundo. Aproximadamente el 50% de la población tiene sobrepeso u obesidad. La cirugía bariátrica es el único tratamiento que ha resultado ser efectivo para la pérdida ponderal y el control de las comorbilidades asociadas a la obesidad. El número de cirugías bariátricas se ha incrementado exponencialmente en las últimas décadas, y de forma paralela, el número de reintervenciones. Se ha descrito que hasta un 20-25% de los pacientes van a requerir otro procedimiento bariátrico debido a una reganancia de peso, una pérdida ponderal insuficiente o complicaciones relacionadas con el procedimiento inicial. Dado que estas cirugías de revisión son complejas deben realizarse en unidades con alto volumen y por cirujanos bariátricos expertos. El objetivo del vídeo es presentar uno de estos casos de cirugía revisional y sus aspectos técnicos, conversión de bypass gástrico en Y de Roux a SADI-S 250 laparoscópico con resección del asa alimentaria.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 50 años con antecedentes de Lupus, síndrome antifosfolípido, hipertensión arterial, accidente cerebrovascular, abdominoplastia y apendicectomía. En 2013, por obesidad mórbida ($IMC\ 45\ kg/m^2$) se realiza un bypass gástrico en Y de Roux 150×250 laparoscópico. Durante el seguimiento, la paciente presenta inicialmente adecuada pérdida ponderal, alcanzando un IMC mínimo de $19,89\ kg/m^2$. Posteriormente comienza a reganar peso, obteniendo un IMC de $39\ kg/m^2$, motivo por el cual se decide realizar una cirugía de revisión y convertir a SADI-S 250 laparoscópico. En primer lugar, se realiza adhesiolisis de cirugía previa. No se evidencia dilatación del pouch ni del asa alimentaria, tampoco "Candy Cane". Se mide la longitud tanto del asa alimentaria (250 cm) como del canal común (> 450 cm). Dado que presenta suficiente longitud del canal común se decide resección del asa alimentaria, con el objetivo de preservar el pie de asa y evitar así realizar una tercera anastomosis. Simplificando la técnica quirúrgica y disminuyendo el riesgo de complicaciones. Posteriormente se realiza la anastomosis gastrogástrica mecánica con endograpadora y la anastomosis duodeno-ileal también mecánica. Comprobación de estanqueidad con azul de metileno, sin evidenciarse fuga. Se deja drenaje perianastomótico en la anastomosis duodeno-ileal. El posoperatorio transcurre sin incidencias y la paciente es dada de alta al 5º día. Actualmente en seguimiento en consultas. En el primer mes tras la cirugía la paciente presenta una pérdida ponderal de 10 kg y un IMC de $34,5\ kg/m^2$.

Discusión: La cirugía bariátrica de conversión constituye un porcentaje apreciable de los casos intervenidos. El SADI-S como técnica de revisión tras otra cirugía bariátrica parece ser una opción segura y con buenos resultados en cuanto a pérdida ponderal y resolución de comorbilidades. Además de ser una técnica sencilla y reproducible. No obstante, son necesarios más estudios con seguimiento a largo plazo.