



VC-004 - BYPASS GÁSTRICO ROBÓTICO CON RECONSTRUCCIÓN EN Y DE ROUX

García Pérez, Blanca; Merino García, María del Mar; Labrador Alzás, Carolina; López Fernández, Concepción; Galano Silva, Irene; Palacios Monroy, José Luis; Santos Naharro, Jesús; Munuera Romero, Luis

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Resumen

Introducción: Se presenta el caso de una cirugía bariátrica por robótica. Se trata de un *bypass* gástrico con reconstrucción en Y de Roux.

Caso clínico: La paciente es una mujer de 43 años, entre sus antecedentes personales destacan hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, síndrome de apnea-hipopnea del sueño, síndrome ansioso depresivo y colecistectomía. Se deriva a nuestras consultas para valoración quirúrgica por obesidad. Con tratamiento médico consiguió una pérdida de peso de 28 kg previo a la cirugía. En el estudio preoperatorio destaca un reflujo gastroesofágico leve que condiciona una esofagitis grado A y una esteatosis hepática difusa. En la evaluación psiquiátrica no presentaba contraindicaciones para la cirugía. Se decide inclusión en lista para *bypass* gástrico con reconstrucción en Y de Roux, siendo un apto ASA 3 en su valoración anestésica. Se realiza una cirugía robótica asistida por el robot Da Vinci. El *docking* se realizará desde el lado izquierdo de la paciente, que se encontrará en decúbito supino con las piernas abiertas y en anti-Trendelenburg unos 15-20° y lateralidad derecha de 3-5°. Usaremos 4 trócares (2 de 12 mm y 2 de 8 mm) y el separador de Nathanson. Entre los pasos a llevar a cabo destaca la liberación del ángulo de Hiss. A continuación crearemos un túnel retrogástrico entre la segunda y la tercera rama gástrica para realizar un grapado horizontal con endograpadora (carga blanca de 60 mm) y dos grapados en vertical hacia el ángulo de Hiss confeccionando el reservorio gástrico. A partir del ángulo de Treitz contaremos 100 cm para ascender el asa alimentaria, realizando una anastomosis gastroyeyunal mecánica. De nuevo, contaremos otros 100 cm desde el asa alimentaria para realizar a ese nivel una anastomosis entre la misma y el asa biliopancreática laterolateral mecánica, que constituya el pie de asa realizando una Y de Roux. A partir de esa anastomosis tendríamos el asa común. Presentó buena evolución posoperatoria, sin déficits vitamínicos. Siendo los más frecuentes el de hierro, vitamina D, vitamina B 12 y folato.

Discusión: El *bypass* gástrico con reconstrucción en Y de Roux, asocia una parte restrictiva (con la confección del reservorio gástrico), con una parte malabsortiva (con el tipo de reconstrucción que lleva asociado), conseguirá una mayor pérdida de peso en nuestros pacientes. Así como una mejoría importante en la sensibilidad a la insulina, una disminución en el riesgo cardiovascular y el síndrome metabólico. Esta cirugía se asocia a un mejor control glucémico, pudiendo remitir la diabetes en algunos casos. Es importante tener en cuenta las complicaciones precoces que pueden sufrir estos pacientes, ya que van a presentar unos síntomas y signos más inespecíficos. En cuanto al abordaje quirúrgico robótico, va a permitir una mayor precisión y va a facilitar la realización de suturas intracorpóreas debido al movimiento de los brazos e instrumentos. Además en algunos estudios se ha demostrado una menor tasa de complicaciones y de conversión a vía abierta con respecto a otros abordajes en centros experimentados.