



V-064 - GASTROPLASTIA HORIZONTAL EN LA DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA: INDICACIÓN POR LESIÓN SUBEPITELIAL SUBCARDIAL BENIGNA

Abad, Mayra; Rius, Faust; Beisani, Marc; Biel, Enrique; Serra, Carmen; Goday, Albert; Pera, Manuel; Casajoana, Anna

Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Introducción: La gastroplastia horizontal fue una de las técnicas asociadas al *bypass* gástrico y derivación biliopancreática en los inicios de la cirugía bariátrica. A lo largo del tiempo, las complicaciones asociadas a la pérdida de peso inadecuada y complicaciones de la anastomosis gastroyeyunal fueron modificando el tipo de gastroplastias asociadas a las técnicas descritas. A pesar de ello, en la actualidad es importante conocer las diferentes opciones para casos seleccionados. Descripción de la técnica quirúrgica de la gastroplastia horizontal con derivación biliopancreática mediante abordaje laparoscópico.

Caso clínico: Se presenta el vídeo de la técnica quirúrgica del siguiente caso clínico. Hombre de 51 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, SAHS grave. IMC de 52,9 kg/m². En el estudio preoperatorio a la cirugía bariátrica, la endoscopia digestiva alta (EDA) evidencia una lesión subcardial inespecífica de 15 mm, con PAAF no concluyente. Ante estos hallazgos inespecíficos e indicación de cirugía bariátrica se decide tratamiento quirúrgico con endoscopia intraoperatoria para evaluar opciones terapéuticas. En esta, se evidencia la lesión descrita yuxtacardial a nivel de la unión esofagogástrica, sin posibilidad de resección endoscopia ni tributaria a gastrectomía vertical o *bypass* gástrico. Se decide completar el estudio mediante TC y ecoendoscopia que muestran lesión sin cambios y nueva PAAF no concluyente. Dadas las características del paciente y lesión subcardial se decide en consenso multidisciplinar realizar una derivación biliopancreática con gastroplastia horizontal para poder optimizar el tratamiento de la obesidad así como seguimiento de la lesión subcardial. Mediante abordaje laparoscópico con la colocación de cinco trocares. Se realizó apertura de la transcavidad a la altura del tercer y cuarto vaso corto de la curvatura menor y liberación de adherencias en la cara posterior gástrica. La sección gástrica horizontal se efectuó a 15 cm de la unión gastroesofágica, asegurando un adecuado aspecto del antro remanente. Posteriormente, se exploró la longitud del intestino delgado para realizar una derivación biliopancreática con reconstrucción en Y de Roux con longitud de asa común de 150 cm y alimentaria de 200 cm. Se realizó la anastomosis gastroileal antecólica en la cara posterior gástrica mediante técnica semimecánica lineal y cierre de la gastroenterotomía con sutura continua barbada, anastomosis ileo-ileal semimecánica lineal y cierre de enterotomía con sutura continua barbada, sección del asa biliopancreática para conseguir la reconstrucción descrita. Así mismo, se cerró el orificio intermesentérico y el espacio de Petersen se llevó a cabo con sutura continua barbada irreabsorbible. La evolución posoperatoria fue favorable, con alta hospitalaria a

las 48 horas, sin complicaciones posquirúrgicas a los 40 y 90 días. En el seguimiento a 5 meses, el paciente presentó una reducción del IMC de 52,9 kg/m² a 38 kg/m², y el tránsito esofagogástrico muestra buen vaciamiento gástrico sin signos de reflujo gastroesofágico u complicaciones de la anastomosis.

Discusión: La gastroplastia horizontal en la derivación biliopancreática es un recurso alternativo que es seguro y se puede utilizar. Es importante destacar el seguimiento de estos pacientes dadas las complicaciones que se pueden asociar de ulcus de anastomosis y déficits propios de la derivación biliopancreática.