



V-060 - REVERSIÓN DE BYPASS GÁSTRICO A ANATOMÍA NORMAL

Miguélez Sierra, Paula; Vargas Cascón, E. Macarena; García Sánchez, Fernando; Rosillo Sánchez, Natalia; Durán Ávila, José Javier; Ávila Alarcón, Ingrid R.; Alarcón González, María Isabel

Hospital Virgen del Puerto, Plasencia.

Resumen

Introducción: El bypass gástrico en Y de Roux es una técnica quirúrgica de referencia en el tratamiento de la obesidad mórbida, con beneficios demostrados en pérdida ponderal y resolución de comorbilidades como la diabetes mellitus tipo 2 o la apnea del sueño. Sin embargo, en una minoría de pacientes pueden aparecer complicaciones nutricionales graves, como la desnutrición severa o la intolerancia alimentaria persistente, que comprometen la calidad de vida y la viabilidad del procedimiento a largo plazo. En estos casos, y tras un abordaje multidisciplinar, puede considerarse la reversión quirúrgica del bypass como última opción terapéutica. Presentamos el caso de una paciente sometida a reversión laparoscópica del bypass gástrico por desnutrición grave e intolerancia digestiva, con documentación en vídeo del procedimiento.

Caso clínico: Mujer de 39 años con antecedentes de obesidad tipo III (IMC 48,8) intervenida mediante bypass gástrico, con pérdida ponderal efectiva (peso actual 56,7 kg), pero con intolerancia persistente a la vía oral, incluyendo suplementación y nutrición enteral. Presentaba desnutrición severa posquirúrgica, con múltiples intentos de tratamiento médico desde endocrinología, incluyendo Kreon, rifaximina, acarbosa y otras medidas digestivas, sin mejoría. Se realizó laparoscopia exploradora, en la que se halló un bastón de caramelo impactado en la anastomosis gastroyeyunal, que fue resecado sin hallazgos adicionales. Persistiendo la clínica, se mantuvo en nutrición parenteral domiciliaria. Tras evaluación en sesión multidisciplinar, se decidió reversión del bypass gástrico a anatomía normal. La paciente ingresó previamente para optimización nutricional. La cirugía se realizó por vía laparoscópica, identificándose múltiples adherencias entre el pouch gástrico, remanente gástrico, epiplón mayor y cara anterior del hígado, que fueron liberadas. Se seccionó la anastomosis gastroyeyunal y se reconstruyó la continuidad gástrica mediante anastomosis gastrogástrica tutorizada con sonda de Foucher. Se identificó el ángulo de Treitz y se configuró una yeyuno-yeyunostomía. Se comprobó la estanqueidad con azul de metileno y verde de indocianina. El posoperatorio transcurrió sin incidencias quirúrgicas relevantes. La paciente presentó dificultades por negativa a ciertos tratamientos y solicitó alta voluntaria precoz tras recuperar tolerancia oral.

Discusión: La reversión del bypass gástrico es una intervención poco frecuente, reservada para situaciones excepcionales como la desnutrición grave, la hipoglucemia refractaria o la intolerancia digestiva persistente. En este caso, la paciente presentaba una desnutrición posquirúrgica grave, sin hallazgos patológicos en los estudios complementarios, lo que refuerza la hipótesis de una causa

funcional o de una alteración en la adaptación digestiva tras la cirugía bariátrica. La decisión de revertir un *bypass* debe ser individualizada. Es imprescindible una evaluación multidisciplinar y agotar todas las opciones conservadoras antes de plantear la reversión, que supone una intervención técnicamente compleja, con riesgos asociados, especialmente en pacientes con estado nutricional comprometido. El abordaje laparoscópico permite una mejor visualización y menor agresión quirúrgica, aunque puede verse dificultado por las adherencias generadas por la cirugía previa. La restauración de la continuidad gástrica y la reconfiguración intestinal deben realizarse de forma segura, comprobando la estanqueidad de las anastomosis. Este caso ilustra el papel de la reversión como alternativa útil y eficaz en pacientes seleccionados.