



www.elsevier.es/cirugia

V-065 - SINGLE ANASTOMOSIS STOMACH- ILEAL (SASI) BYPASS, ALTERNATIVA EN CIRUGÍA REVISIONAL BARIÁTRICA

Herrero Vicente, Christian; Cidoncha Secilla, Ariadna; Perez Romero, Noelia; Adell Trapé, Montse; Luna Aufroy, Alexis

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Introducción: La cirugía revisional bariátrica aparece cuando un paciente ya intervenido previamente presenta una situación derivada de la operación previa que nos obliga a reintervenir para mejorar esta situación. Las indicaciones de cirugía revisional serían una pérdida de peso insuficiente, una reganancia o complicaciones de la intervención previa (dumping, ulcus de boca anastomótica, etc.). Recientemente, el SASI ha aparecido como técnica novel primaria y que además logra mantener la cirugía mixta (tanto restrictiva como malabsortiva) e intenta disminuir el *dumping* derivado del *bypass* clásico.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 44 años intervenida hace 4 años de un *bypass* gástrico laparoscópico estándar. Durante el seguimiento en consultas presenta una correcta pérdida de peso hasta llegar a los objetivos marcados preoperatoriamente y un curso posoperatorio satisfactorio. No obstante, en el tercer año de seguimiento presenta clínica de hipoglucemias muy severas de forma que se inicia estudio y manejo no quirúrgico hasta que se agotan todos los recursos y la paciente persiste con la clínica de hipoglucemias incapacitante de forma que se presenta en Comité Multidisciplinar de cirugía bariátrica y se propone una cirugía revisional, una conversión de *bypass* gástrico a SASI. Intervención: se decide realizar un abordaje mínimamente invasivo de nuevo, en esta ocasión con la plataforma robótica DaVinci Xi. El acceso a la cavidad abdominal es el mismo y como hallazgos a destacar se evidencia: adhesiones entre reservorio y remanente gástricos y un muñón de anastomosis gastro-yejunal largo con adherencias a remanente gástrico. Se inicia la cirugía con una anatomización del reservorio gástrico del remanente y tras la liberación de las adherencias entre la anastomosis gastro-yejunal y el estómago remanente se opta por una sección de la anastomosis gastro-yejunal previa. Al tratarse de una cirugía de revisión, se realiza un contaje de asas, localizando el pie de asa a 150 cm de la anastomosis gastro-yejunal y una asa común de 190 cm (de pie de asa a válvula ileo-cecal). Se completa la conversión con una anastomosis gastro-gástrica latero-lateral mecánica y la confección de una anastomosis estómago-ileal latero-lateral mecánica a 6 cm del píloro. Se decidió no manipular el pie de asa. Se decidió no realizar la gastrectomía vertical para no añadir más morbilidad a la cirugía y decidir durante el seguimiento posterior. El posoperatorio ocurrió sin incidencias y la paciente pudo ser alta a domicilio en el cuarto día posoperatorio.

Discusión: Consideramos que el *bypass* estómago-ileal puede ser un recurso interesante en aquellos casos de pacientes intervenido de RYGBP con *dumping* refractario a tratamiento médico.