



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## V-105 - BYPASS GÁSTRICO SIMPLIFICADO DE PUERTOS REDUCIDOS: UNA TÉCNICA SEGURA Y REPRODUCIBLE DE 3 PUERTOS

Garcilazo Arismendi, Dimas<sup>1</sup>; Targa, Simone<sup>2</sup>; Makai Popa, Silviu<sup>3</sup>; García Martín, Ruben<sup>1</sup>; Lipski, David<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba; <sup>2</sup>Saint Pierre University Hospital, Bruselas; <sup>3</sup>Centre Hospitalier de Luxembourg, Luxemburgo.

### Resumen

**Introducción:** La cirugía mínimamente invasiva es un campo de evolución continua y las ventajas de este enfoque ya no son motivo de debate. El bypass gástrico laparoscópico en-Y de Roux. (BPGYR) ha demostrado ser la piedra angular en el tratamiento de la obesidad mórbida y hasta ahora todos los esfuerzos en esta técnica se han llevado a cabo para demostrar la seguridad y eficacia. Hoy en día, la cirugía de puertos reducidos está recuperando impulso como la evolución de la cirugía mínimamente invasiva.

**Objetivos:** El objetivo es describir nuestra técnica de BPGYR, que imita todos los aspectos fundamentales del "bypass gástrico simplificado" descrito por Cardoso Ramos et al. en un abordaje quirúrgico laparoscópico convencional (5 puertos) al tiempo que incorpora algunas características técnicas innovadoras para reducir la cantidad de puertos. A pesar del uso de solo tres trócares, no existe detrimento con la exposición o la ergonomía, que representan importantes inconvenientes cuando se realiza una cirugía de puertos reducidos o de puerto único.

**Métodos:** Presentamos un vídeo de alta definición demostrando nuestra técnica de "bypass gástrico simplificado de puertos reducidos". Los datos sobre pacientes operados se recogieron en una base de datos mantenida prospectivamente y se revisaron retrospectivamente para este estudio en cuanto a IMC pre quirúrgico y tiempo operatorio.

**Resultados:** En nuestra experiencia, esta técnica está indicada como cirugía primaria en pacientes sin cirugía previa e IMC comprendido entre 35-50 Kg/m<sup>2</sup>, y las principales contraindicaciones son la esteatosis hepática, pacientes súper obesos y potencialmente la "cirugía de revisión"; aunque basada en la experiencia del equipo, hemos realizado también este tipo de procedimientos. Analizamos 72 casos consecutivos en nuestra institución con un IMC inicial promedio de 43,12 Kg/m<sup>2</sup> (rango 30,1-58,7) de enero de 2015 a junio de 2017 utilizando este abordaje. El tiempo operatorio promedio (minutos) fue: 64-77 min (rango 30-155, n = 72) y excluyendo casos de revisión o casos asociados con Colecistectomía 58-72 min (rango 30-104, n = 62).

**Conclusiones:** Nuestra técnica puede ser una herramienta útil y factible en pacientes seleccionados para minimizar el trauma parietal y sus posibles complicaciones, mejorar los resultados estéticos y evita indirectamente la necesidad de un segundo asistente, mejorando así la logística y la dinámica del equipo. Este enfoque debe ser realizado por cirujanos altamente capacitados con experiencia en BPGLRY convencional. Sugerimos utilizar trócares adicionales si la seguridad del paciente está comprometida.