



P-481 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL VÓLVULO GÁSTRICO TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA

Giménez Francés, Clara; González Valverde, Francisco Miguel; del Valle Ruiz, Sergio Rodrigo; Fernández López, Antonio José; Luján Martínez, Delia María; Medina Manuel, Esther; Fernández Fernández, Pedro Vicente; Albarracín Marín-Blázquez, Antonio

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Introducción: La cirugía bariátrica es un tratamiento altamente coste-efectivo en pacientes con obesidad mórbida, con efecto a corto y a largo plazo. La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) es una técnica cada vez más popular, por su aparente sencillez y sus buenos resultados. Sin embargo, no está exenta de complicaciones.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 38 años, con antecedentes de dislipemia, esclerosis múltiple recurrente-recidivante, crisis epilépticas focales no generalizadas, síndrome fibromiálgico, asma y síndrome ansioso-depresivo, con un IMC de 38 kg/m². Se le realizó una GVL en diciembre de 2012, iniciada a 6 cm del píloro, sobre tutor de 38 French y con refuerzo de la línea de grapas con sutura reabsorbible continua. No hubo incidencias quirúrgicas ni postoperatorias inmediatas, y la paciente fue dada de alta en el 3^{er} día postoperatorio con un tránsito esófago-gástrico normal. En el primer año tras la intervención perdió 50 Kg (IMC: 25,6 kg/m², 43% porcentaje de exceso de peso perdido). En 2014 se realizó un tránsito esófago-gástrico de control por vómitos, en el que se apreciaba ligera dilatación del cuerpo gástrico, sin otras alteraciones. En 2017 la paciente ingresó por un cuadro de neumonía. Refería infecciones respiratorias de repetición, acompañadas de episodios nocturnos de regurgitación y pirosis desde 2013. Durante su ingreso, se le realizó un tránsito esófago-gástrico que informó de estenosis no oclusiva en la unión del cuerpo con el antro secundaria a semitorsión parcial del estómago sobre su eje vertical. Ante este hallazgo, la paciente fue diagnosticada de "twist gástrico" y se le realizó una gastroscopia que informó de hernia de hiato, cardias incompetente y estómago de retención sin encontrar lesiones que justifiquen el cuadro. Se decidió laparoscopia exploradora en la que se confirmó la volvulación en el eje axial y ante la imposibilidad de destorsionar la manga gástrica o de fijarla a estructuras vecinas, se realizó conversión a bypass gástrico de asa corta. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y en la actualidad la paciente permanece asintomática.

Discusión: Las estenosis en este tipo de cirugía pueden ser mecánicas, por confeccionar una manga gástrica demasiado estrecha y por unas suturas demasiado tensas; o funcionales, por una torsión del tubo gástrico en su eje longitudinal ("twist" gástrico), como es el caso de nuestra paciente. El diagnóstico es clínico, pero requiere alto grado de sospecha, ya que la endoscopia y el tránsito gástrico con frecuencia no resultan concluyentes. El "twist" gástrico es una complicación rara, que

se atribuye a una tracción excesiva por parte del cirujano al realizar la línea de grapado en la curvatura mayor, lo que provoca una línea de grapado en zigzag, que facilita la torsión del tubo gástrico. Entre las opciones de tratamiento la conversión a bypass es la única que garantiza la curación.