



# Cirugía Española



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

## VP-022 - BYPASS GÁSTRICO POR LAPAROSCOPIA EN PACIENTE CON POSE PREVIO

*Pena, Romina; Ibarzábal, Ainitze; Turrado, Víctor; Momblán, Dulce; Lacy, Antonio M.*

*Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.*

### Resumen

**Introducción:** La obesidad es una enfermedad epidémica que se asocia a alta morbilidad, mortalidad y un elevado coste sanitario. De forma indiscutible, la cirugía es el tratamiento más efectivo para la obesidad mórbida. Si bien las técnicas laparoscópicas tienen resultados excelentes en cuanto a seguridad y eficacia con mínima invasión, existe una población de estos pacientes que se muestra reticente a la cirugía. Es por esto que se han desarrollado recientemente técnicas endoscópicas como alternativa y si bien su eficacia es limitada, ganan popularidad por su naturaleza no invasiva. Entre estas técnicas está el procedimiento tipo POSE (Primary Obesity Surgery Endolumenal), que consiste en plicar la mucosa gástrica consiguiendo un efecto restrictivo que imita el de la tubulización gástrica tradicional. Se emplea como tratamiento primario, puente a la cirugía o secundario tras reganancia de peso tras otro procedimiento. Considerando la distorsión anatómica que puede generar esta técnica, la realización de una cirugía laparoscópica como un bypass gástrico, plantea un reto para el cirujano bariátrico.

**Caso clínico:** Paciente de 39 años, exfumadora, antecedente de apendicectomía, dos cesáreas y ooforectomía derecha. Obesa mórbida desde la adolescencia con un peso inicial de 110 Kg que desciende a 88 Kg tras el POSE dos años antes. Reganancia hasta 116 Kg. Peso actual de 108 Kg e IMC 39 a pesar de seguir pautas higiénico-dietéticas. Se evidencia la sutura previa del POSE en la fibrogastroscoopia. Se propone la realización de un bypass gástrico por laparoscopia. Se evidencian los puntos de la plicatura previa protruyendo en la curvatura mayor gástrica. Se sigue la técnica habitual del centro, empezando por confeccionar un reservorio gástrico de 30-40 cc seccionando el estómago desde el segundo vaso corto en la curvatura menor. Realizando esta parte del procedimiento se deja aislada la zona plicada previamente sin mayor dificultad. Se continúa realizando una anastomosis gastroyeyunal, medición del asa alimentaria para realización del pie de asa a 180 cm y finalmente el cierre de mesos. No hubo ninguna complicación intraoperatoria. La paciente presentó un postoperatorio sin incidencias. Inició dieta vía oral a las 24 horas, que toleró correctamente y fue dada de alta a las 48 horas.

**Discusión:** El bypass gástrico por laparoscopia es una técnica factible y segura que puede realizarse como rescate en pacientes con reganancia de peso tras un procedimiento tipo POSE.