CIR ESP. 2018;96(Espec Congr):1

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

VP-001 - CIRUGÍA ANTIRREFLUJO TRAS BYPASS GÁSTRICO: TOUPET LAPAROSCÓPICO PRESERVANDO LA ARTERIA GÁSTRICA POSTERIOR

López Rojo, Irene; Torres Alfonso, José Ramón; Restrepo Núñez, Rafael; Hernández Villafranca, Sergio; Posada González, María; Salcedo Cabañas, Gabriel; Vorwald Wolfgang, Peter; García Olmo, Damián

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Introducción: El reflujo es una comorbilidad frecuentemente asociada a la obesidad, presentándose en hasta el 50% de los pacientes. En estos casos, la técnica quirúrgica que ha demostrado mayor eficiencia en el control del reflujo es el bypass gástrico. Sin embargo, está descrito que entre un 11 y un 22% de los pacientes van a persistir con clínica de reflujo pese al bypass gástrico. Dentro de este grupo de pacientes, aquellos casos que no respondan al tratamiento médico obligarán a plantear una cirugía antirreflujo adicional para tratar de controlar dicho reflujo.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 42 años, intervenida en 2013 de obesidad mórbida mediante bypass gástrico laparoscópico. La paciente consiguió una pérdida de peso adecuada, hasta un IMC de 25, pero presentó aumento progresivo de reflujo gastroesofágico desde la cirugía, no pudiendo controlarse con inhibidores de la bomba de protones a dosis máxima. En la endoscopia digestiva alta se evidencia una esofagitis grado A, acompañada de una manometría con hipotonía del esfínter esofágico inferior y una pHmetría – impedancia que muestra reflujo mixto (DeMeester 42). Ante estos hallazgos, se decide plantear cirugía antirreflujo. Se realiza una funduplicatura laparoscópica utilizando el remanente gástrico del bypass previo. Para ellos, se seccionan los vasos cortos pero se preserva la arteria gástrica posterior, rama de la esplénica, lo que permite garantizar la adecuada vascularización del segmento de fundus que constituye la valva de la fundoplicatura. Se cierran los pilares con puntos reforzados con malla de polipropileno y se realiza una fundoplicatura tipo Toupet 270°. En el seguimiento se constata la desaparición de los síntomas de reflujo y se realiza una nueva pHmetría de 24 horas que demuestra un adecuado control del reflujo (DeMeester 14).

Discusión: El reflujo refractario a tratamiento médico tras bypass gástrico es una entidad poco frecuente pero compleja. Se han descrito diferentes abordajes para su manejo: técnicas endoscópicas, cirugía por vía torácica o cirugía por vía abdominal. En nuestra experiencia, el abordaje quirúrgico abdominal es factible y efectivo, pudiendo emplear el remanente gástrico para realizar la funduplicatura, siempre teniendo la precaución de vigilar la adecuada vascularización del mismo.

0009-739X © 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados