



www.elsevier.es/cirugia

V-192 - (N-SLEEVE) GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON FUNDUPPLICATURA TIPO NISSEN

Gallego Vela, Alberto; García Vico, Ana; Briceño Agüero, Víctor; Parra Membrives, Pablo; Cañete Gómez, Jesús

Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

Resumen

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es un trastorno digestivo común, y la obesidad es un factor de riesgo para la misma. La era laparoscópica ha resultado en un aumento en la tasa de operaciones antirreflujo y bariátricas. Por lo tanto, muchos pacientes con cirugía antirreflujo previa están siendo derivados para cirugía bariátrica. Informes previos sobre bypass gástrico en pacientes con cirugía antirreflujo previa, enfatizaron la necesidad de realizar un desdoblamiento completo, con la hipótesis de que grapar sobre la funduplicatura puede crear una bolsa obstruida. Esta hipótesis resultó en complicaciones potencialmente mortales. Los primeros procedimientos bariátricos con preservación de Nissen se informaron en 2017. Se han publicado datos recientes sobre SG con preservación de envoltura.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 42 años con obesidad mórbida (IMC 47,6) que ingresó para cirugía bariátrica. Tenía antecedentes de un procedimiento de Nissen por enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) hace 3 años. Preoperatoriamente se realizó pHmetría y manometría para asegurar un correcto funcionamiento de la funduplicatura. Decidimos realizar una gastrectomía en manga laparoscópica sin desmontar la funduplicatura anterior. No hubo necesidad de conversión ni complicaciones mayores. El posoperatorio de la paciente transcurrió sin incidencias y fue dada de alta al 2º día posoperatorio. Ahora se encuentra en el mes posoperatorio 28 con una pérdida de peso de 43,5 kg y sin síntomas de ERGE.

Discusión: En pacientes con una funduplicatura intacta y sin reflujo, la realización de RYGB como procedimiento bariátrico primario es cuestionable. La probabilidad de no tener arterias gástricas cortas disponibles para el fundus es muy alta en pacientes con funduplicatura, por lo tanto, preservar la arteria gástrica izquierda es de vital importancia para asegurar suficiente flujo arterial al estómago proximal y fundus. Durante la RYGB, a diferencia del SG, el estómago proximal requiere una sección completa y la disección cerca de la arteria gástrica izquierda es inevitable. El SG sin desmontaje de la envoltura posterior evita la disección cerca de la curva menor proximal y no requiere la sección del estómago, lo que conlleva menos riesgo de lesión de la arteria gástrica izquierda. Se puede preferir el SG como procedimiento bariátrico primario si la reparación antirreflujo anterior funciona clínicamente, la funduplicatura está intacta y la ERGE no es un problema. El control de peso y los riesgos son similares en comparación con un SG estándar. Por otro lado, en un caso con reflujo grave después de un procedimiento antirreflujo fallido, se puede preferir RYGB.