



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-461 - CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE REVERSIÓN A ANATOMÍA NORMAL TRAS BYPASS GÁSTRICO ROBÓTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Caiña Ruiz, Rubén; Valbuena Jabares, Víctor; Lagunas Caballero, Esther; Anderson, Edward Joseph; Alonso Aguiloché, Andrea; López Useros, Antonio; Gutiérrez Fernández, Gonzalo; Rodríguez Sanjuán, Juan Carlos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Introducción: El incremento del número de cirugías bariátricas ha conllevado a que la morbimortalidad y las complicaciones posoperatorias derivadas de estos procedimientos cobren especial importancia. Actualmente, el *bypass* gástrico (BPG) es una de las técnicas más utilizadas, probablemente por su elevada efectividad para perder peso y resolver comorbilidades asociadas a la obesidad, así como por su baja tasa de complicaciones posoperatorias tardías lo que, por otro lado, conlleva a que el manejo de estas no esté claramente sistematizado. En 2017, el 14,14% de los procedimientos bariátricos en Estados Unidos fueron cirugías de revisión.

Caso clínico: Mujer de 60 años, fumadora, con hipertensión arterial, Diabetes *Mellitus* tipo 2, hepatopatía crónica por VHC y metabólica, hernia de hiato y obesidad tratada hace 2 años mediante un BPG robótico (asa biliar y alimentaria de 100 y 150 cm respectivamente) con una pérdida de peso de 20 kg. A los 6 meses la paciente ingresa por diarrea crónica y desnutrición proteico-calórica secundaria a enteropatía pierde-proteínas tras cirugía bariátrica. Previa optimización nutricional se realiza cirugía de revisión laparoscópica donde se secciona el asa alimentaria a nivel del pie de asa y se alarga a expensas del asa biliar (asa biliar, alimentaria y común de 120, 100 y 160 cm respectivamente). Tras una mejoría parcial, a los 6 meses comienza nuevamente con diarrea y desnutrición por lo que se programa para cirugía de reversión a anatomía normal laparoscópica para ello, primero se reseca la anastomosis gastroyeyunal y se conforma una nueva anastomosis gastrogástrica laterolateral mecánica y posteriormente se seccionan las anastomosis biliar y del pie de asa y se convierte a anatomía normal mediante una nueva anastomosis enteroentérica laterolateral mecánica confirmado la continuidad del intestino y tras descartar rotaciones y malposiciones mesentéricas. El posoperatorio es lento debido a un difícil manejo metabólico y a una colección intraabdominal que se resuelve con antibioterapia y drenaje percutáneo ecoguiado. Tras 20 meses de seguimiento la paciente ha ganado 4 kg de peso, no precisa suplementos orales, ha regulado su hábito deposicional y se ha resuelto el cuadro de desnutrición.

Discusión: Las tasas de desnutrición tras un BPG no están claramente establecidas y en la mayoría de los casos se asocian a *bypass* metabólicos o distales u obstrucciones a la altura del reservorio o de la anastomosis. El riesgo se correlaciona con la longitud del asa biliopancreática o con un tramo común o a alimentario más corto. Es difícil de detectar ya que muchas veces no ocasiona síntomas, es insidiosa y suele aparecer años después de la cirugía. La cirugía de reversión a veces es necesaria (0,7% de los enfermos con desnutrición) y previamente a esta es recomendable un periodo de optimización nutricional. La desnutrición tras cirugía bariátrica requiere de un seguimiento exhaustivo de los pacientes, así como una alta sospecha

clínica para lograr un diagnóstico precoz y evitar sus potenciales complicaciones. Para ello, son necesarios equipos multidisciplinares que incluyan cirujanos bariátricos experimentados en cirugía de revisión ya que muchos de los procedimientos quirúrgicos son complejos anatómica y técnicamente.