



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-235 - BYPASS GÁSTRICO DE UNA ANASTOMOSIS (BAGUA) TRAS GASTROPLASTIA VERTICAL ENDOSCÓPICA (TÉCNICA DE APOLLO)

García-Redondo, Manuel¹; Ferrer-Márquez, Manuel¹; Rubio-Gil, Francisco¹; Daza-García, Rosa María²; Torrente-Sánchez, María José²; Ferrer-Ayza, Manuel²

¹Hospital Torrecárdenas, Almería; ²Clínica Mediterráneo, Almería.

Resumen

Introducción: La creciente prevalencia de la obesidad la ha convertido en una pandemia a nivel mundial que afecta por igual a niños y adultos. Genera un impacto negativo en la sociedad a diferentes niveles, como por ejemplo un aumento de los costes sanitarios debido a las comorbilidades que la acompañan. Actualmente, la cirugía bariátrica ha demostrado ser el único método eficaz y duradero para abordar este problema. A pesar de esto, se calcula que solamente el 1-2% de los pacientes candidatos a la cirugía bariátrica hacen uso de ella cada año. Algunos pacientes eligen técnicas endoscópicas como alternativa a la cirugía, debido a su menor coste y por ser un método menos invasivo. La gastroplastia vertical endoscópica mediante técnica de Apollo utiliza una sutura continua transmural, desde antro prepilórico hasta unión gastroesofágica. Consigue reducir la luz gástrica, imitando a la gastrectomía vertical laparoscópica.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 36 años con un IMC de 47,5 Kg/m², quien acude a nuestra consulta para el tratamiento de obesidad mórbida. Entre sus antecedentes destaca la realización de una gastroplastia vertical endoscópica mediante técnica de Apollo en 2018. Tras la evaluación por el equipo de cirugía bariátrica se decide la realización de un *bypass* gástrico de una sola anastomosis. El tiempo quirúrgico fue de 36 minutos, y la intervención transcurrió sin incidencias destacables. A primera vista destaca un conjunto adherencial dispuesto de manera lineal a lo largo de toda la curvatura mayor gástrica, siguiendo la línea de la sutura endoscópica. Durante la sección de dichas adherencias se descubren restos de sutura que anclan estómago a peritoneo. Se identifica y disecciona el ángulo de His. Utilizando endograpadora realizamos la primera sección gástrica próxima a la cisura *angularis*. Guiándonos con la sonda de Faucher completamos nuestro reservorio gástrico, en este momento se hace patente la pared engrosada debido a la técnica de Apollo, la superficie es cruenta. A 200 cm desde el ligamento de Treitz será el punto donde se realizará la anastomosis gastroyeyunal. Al realizar el ojal donde entrará la endograpadora aparece de nuevo la sutura previa, que lo hace más difícil. El cierre de la enterogastrotomía se realiza con barbada 2-0, así como el refuerzo de la anastomosis. Finalmente se verifica la estanqueidad con azul de metileno.

Discusión: Los metaanálisis más recientes sobre la eficacia de la gastroplastia vertical laparoscópica muestran una pérdida de peso a los 12 meses alrededor del 16%, y un 59% de pérdida de exceso de peso al año de seguimiento. El descenso del IMC fue de 5,65 kg/m². A pesar de ello, la cirugía laparoscópica sigue siendo la técnica de elección. La bibliografía habla de un 2% de efectos adversos graves. En este vídeo mostramos la posibilidad de conversión a una cirugía bariátrica convencional en caso de aparecer dichos efectos o si los resultados de la técnica no fuesen satisfactorios.