



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-099 - CONVERSIÓN DE UN *BYPASS* GÁSTRICO A UN *BYPASS* GÁSTRICO DISTAL EN UNA PACIENTE CON RE-GANANCIA PONDERAL

Arroyo Vélez, José Luis¹; García Fernández, Marta María²; Acedo Fernández de Pedro, Felipe³; Martín García, Mikel²; Loureiro González, Carlos²; Leturio Fernández, Saioa²; Ortiz Lacorzana, Javier²; Díez del Val, Ismael²

¹Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real; ²Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao; ³Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón.

Resumen

Introducción: La obesidad es una de las patologías crónicas más prevalentes a nivel mundial. En el año 2000, alrededor del 14,5% la población española ya la padecía. La cirugía bariátrica representa un tratamiento seguro y efectivo para la obesidad y, dentro de esta, el *bypass* gástrico es uno de los procedimientos más populares por sus resultados en cuanto a la pérdida de peso y su mantenimiento en el tiempo. Sin embargo, existe un grupo de pacientes sometidos a dicha técnica que no consiguen el objetivo de pérdida ponderal o presentan una re-ganancia, siendo candidatos a cirugía de revisión y/o conversión cuando cumplen con un IMC mayor a 40 kg/m² o mayor a 35 kg/m² más comorbilidades. La conversión del *bypass* gástrico a un *bypass* gástrico distal (asa común entre 50-150 cm) se presenta como una opción en estos pacientes, buscando el aumento del componente malabsortivo y la consiguiente pérdida de peso.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 50 años, intervenida hace 10 años de *bypass* gástrico laparoscópico más colecistectomía por obesidad mórbida (IMC 55,08 kg/m²). Un año después del procedimiento alcanzó un peso mínimo de 82 kg. Posteriormente nuevo aumento de peso hasta llegar a los 106 kg (IMC 41,4 kg/m²). Después de una reevaluación multidisciplinaria, se decidió la realización de una conversión a *bypass* gástrico distal. La cirugía se llevó a cabo sin incidencias mediante abordaje laparoscópico. Las medidas de las asas inicialmente eran: alimentaria 130 cm, biliar 50 cm y común 560 cm. Se inició con una sección del asa común a 220 cm de válvula ileocecal y sección del asa alimentaria a nivel del pie de asa, con anastomosis entre las mismas. Posteriormente se realizó un nuevo pie de asa a 120 cm de la válvula ileocecal, conteniendo la nueva asa biliar la anterior asa biliar y el extremo seccionado de la anterior asa común. Las medidas resultantes fueron: asa alimentaria de 230 cm, asa biliar de 390 cm y un asa común de 120 cm. El posoperatorio transcurrió sin incidencias relevantes, dándose de alta al 4to día posoperatorio.

Discusión: El grupo de pacientes que no consiguen el objetivo en cuanto a peso después de un *bypass* gástrico es entre 15-35%, aumentando hasta el 60% en súper-obesos, grupo al que pertenecía la paciente comentada. Existen series como la de Rawlins o Shin, que avalan la distalización del *bypass* con el objetivo de alcanzar dicha meta, con un inherente aumento de riesgo de malnutrición. Aunque algunos estudios, como el ensayo clínico de Risstad no, han encontrado una diferencia significativa en la pérdida de peso entre el *bypass* gástrico y el *bypass* gástrico distal, sí que ha encontrado mejoría en el control glucémico o de la hipercolesterolemia. Por estas razones consideramos que es una opción válida a tener en cuenta cuando se realiza una conversión de un *bypass* gástrico, a falta aún de definir una longitud estándar del asa común

recomendada, y vigilando las consecuencias del aumento de la malabsorción en estos pacientes.