



VC-007 - COLLIS-BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO MODIFICADO: EL PAPEL DE LA ENDOSCOPIA INTRAOPERATORIA Y EL VERDE DE INDOCIANINA

Fernández-Mateo, Helena; López-González, Ruth; Sánchez-Cordero, Sergi; Pujol, Jordi

Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí.

Resumen

Introducción: La propuesta quirúrgica combinada de cirugía bariátrica asociada a técnica antirreflujo en casos de pacientes con índice de masa corporal (IMC) superior a 30 Kg/m^2 y con sintomatología severa derivada de la presencia de hernia de hiato aún parece estar en discusión. Presentamos un caso clínico de la paciente en la que se realiza técnica combinada de funduplicatura asociada a *bypass* gástrico acompañada de uso de endoscopia intraoperatoria y verde de indocianina. Descripción de técnica quirúrgica tipo Collis-*bypass* gástrico modificado por hernia paraesofágica asociada.

Caso clínico: Mujer de 62 años con antecedentes a destacar de histerectomía y apendicectomía laparoscópica y neoplasia de recto con resección anterior baja tras neoadyuvancia, actualmente libre de enfermedad. Presenta un índice de masa corporal (IMC) máximo de 37 Kg/m^2 . Acude a consultas de cirugía bariátrica por síntomas graves de disfagia secundaria a gran hernia paraesofágica por lo que se decide candidata a cirugía combinada de funduplicatura y *bypass* gástrico laparoscópico. La intervención quirúrgica se realiza por vía laparoscópica con una duración total de 180 minutos en los que se realiza reducción del contenido de la hernia paraesofágica tipo III y cruroplastia con posterior creación de reservorio gástrico del *bypass* realizándose una funduplicatura con el remanente gástrico tipo Collis. Se realiza endoscopia intraoperatoria para comprobación de la estanqueidad anastomótica y se aplica verde de indocianina para asegurar correcta vascularización. Se reseca parte del reservorio gástrico por baja vascularización. La paciente fue dada de alta al tercer día sin complicaciones posoperatorias.

Discusión: Es cierto que aún no existe un posicionamiento claro de la literatura ni de las guías clínicas sobre el manejo de la hernia de hiato sintomática en casos de IMC mayor a 30. Sin embargo, es cierto que la obesidad es factor de riesgo tanto para la hernia de hiato como para la sintomatología derivada de esta. Es por ello que consideramos útil la cirugía bariátrica asociada a técnica antirreflujo en el caso de la paciente con IMC superior a 35 Kg/m^2 y gran sintomatología de disfagia.