

# Conversión laparoscópica de bypass gástrico a derivación biliopancreática. Modificación tipo Scopinaro

Aniceto Baltasar, Rafael Bou, Marcelo Bengoechea y Carlos Serra  
Servicio de Cirugía General. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante. España.

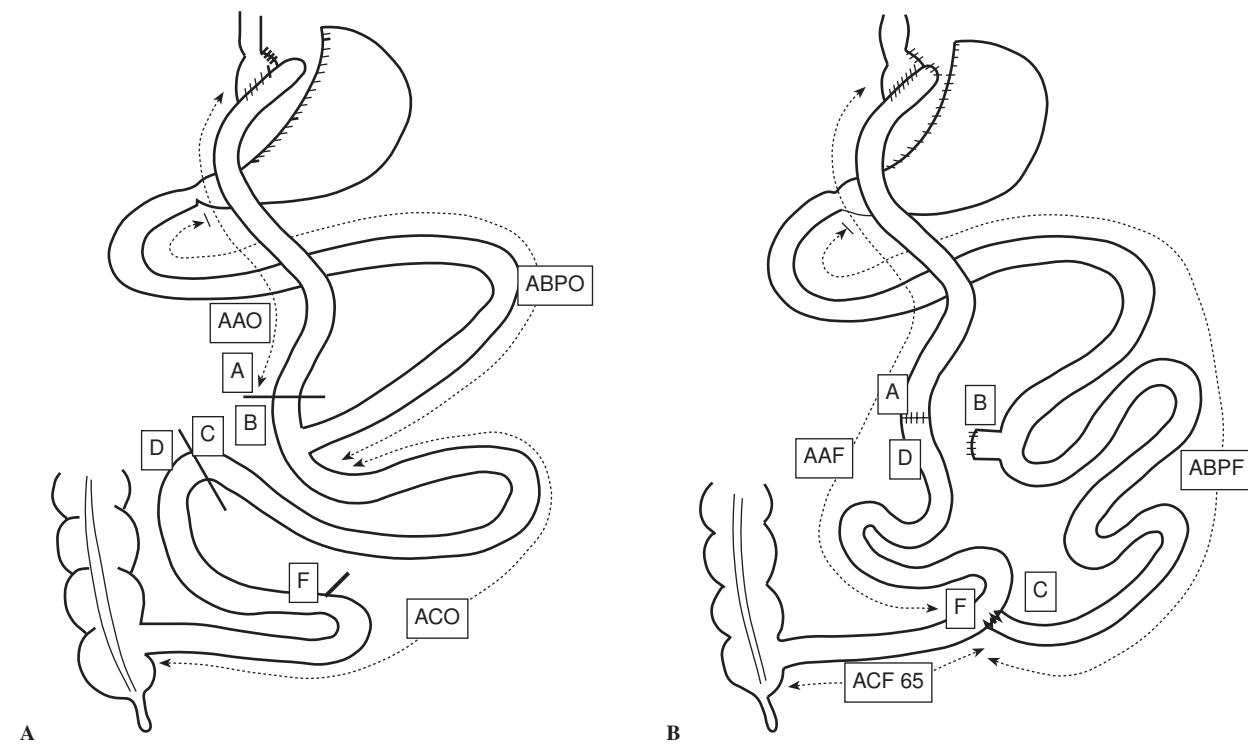


Fig. 1. A: bypass gástrico. B: derivación biliopancreática.

El bypass gástrico (BPG) es una muy buena operación para la obesidad mórbida y su conversión a derivación biliopancreática (DBP)<sup>1-5</sup> es infrecuente. Un mayor componente malabsortivo se puede conseguir con un BPG distal o bien una DBP. La conversión a cruce duodenal es

extremadamente compleja, y requiere hasta 7 anastomosis; alguna de ellas, como la gastrogástrica, son de gran riesgo. Marchesini<sup>1-4</sup> de Brasil propone la conversión de BPG a DBP por laparoscopia, de una forma simple y efectiva.

Técnica: posición francesa. Se utilizan 5 trocares todos supraumbilicales; el trocar de trabajo de 12 mm en línea mamaria derecha; la cámara de 10 mm, en línea media; 2 subcostales derecho e izquierdo de 5 mm, líneas axilares 5 mm, línea mamaria izquierda. Se mide el asa alimentaria original (AAO) hasta su unión con la Y de Roux (fig. 1A), se divide con grapadora lineal y "marca" con 3 clips.

En la posición de Trendelenburg los cirujanos pasan a la cabeza del paciente y se identifica la unión ileocecal

Correspondencia: Dr. A. Baltasar.  
Servicio de Cirugía General. Hospital Virgen de los Lirios.  
Polígono de Caramanxel, s/n. 03804 Alcoy. Alicante. España.  
Correo electrónico: a.baltasar@aecirujanos.es;  
baltasar\_ani@gva.es

Manuscrito recibido el 4-1-2008 y aceptado el 5-2-2008.

(UIC) y el asa común original (ACO) que se divide en 2 segmentos: a) asa común final (ACF) de 65 cm (punto F) desde UIC y se marca con un clip distal y 2 proximales, y b) se continúa midiendo de forma aboral hasta los centímetros necesarios (punto D) para añadirlo al AAO y obtener el asa alimentaria final (AAF) de 235 cm.

El asa biliopancreática final (ABPF) tiene 2 segmentos, el asa biliopancreática original (ABPO) y la parte aboral del ACO (desde B hasta C) que se une terminolateral al ACF con sutura continua de PDS y se cierra el defecto mesentérico.

El AAF está formada por el AAO más el segmento aboral del ACO (de D a F) que se unen con sutura continua a mano de forma terminoterminal. Se cierra el mesenterio y el trocar de trabajo con sutura de Maxon. No se dejan drenajes.

Caso clínico: mujer de 19 años, índice de masa corporal (IMC) = 49, operada el 16-6-1999 por BGP laparoscópico y, a los 2 años, bajó a un IMC = 28 y un porcentaje de IMC perdido (%PEIMC) del 72%, pero en 2007 había ganado peso hasta un IMC de 39. Es reoperada por laparoscopia el 20-3-2007 y se divide AAO a 180 cm del estómago. Se crea ACF de 65 cm y se alarga el AAO con los 55 cm aborales del ACO, formando así un AAF de 235 cm. Ambas anastomosis se hicieron de forma manual con sutura continua. Alta al segundo día. A los 9 meses tiene un IMC de 29, y un %PEIMC del 77%.

El BPG es eficaz en la obesidad mórbida y tiene malos resultados ponderales en sólo un 15% de los pacientes. Fobi<sup>6</sup> demostró que revisarlos a uno distal no daba buenos resultados pues la mayoría tuvo complicaciones de desnutrición y necesitó reconversión.

La conversión de BPG a cruce duodenal es extremadamente compleja y de alto riesgo. En nuestros 5 casos abiertos, 2 de ellos sufrieron fugas, con gran morbilidad y buenos resultados ponderales. Las reoperaciones son

mucho más difíciles y de mayor riesgo que las operaciones primarias y con peores resultados a largo a plazo.

Marchesini describe la DBP con modificación tipo Scopinaro, por laparoscopia, KISS (*keep it simple stupid*, hazlo fácil estúpido) para conseguir una recuperación rápida.

El reservorio gástrico debe ser pequeño y retirar la anilla del BPG para evitar demasiada restricción, como tuvo Fobi<sup>6</sup> en sus conversiones a distal. Hay que vigilar la desnutrición calórico-proteína y, si aparece, corregirla de forma temprana.

Se expone una técnica útil, fácil y segura de conversión, en pacientes con malos resultados ponderales, en una alternativa de remedio, de BPG a BPD con medidas intestinales normales del cruce duodenal.

## Bibliografía

1. Marchesini JB, Marchesini JC, Marchesini SD. "Scopinarização" uma proposta para correção de operações bariátricas mal sucedidas. Anais do Congresso Brasileiro de Cirurgia Bariátrica; 2001.
2. Marchesini JB, Marchesini JCD, Cambi MPC, Strobel R. Derivacões biliopancreáticas com Gastrectomia distal (Scopinaro) e Gastrectomia vertical com preservação do piloro (Duodenal Switch). En: Garrido AB, editor. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 163-71.
3. Marchesini JB, Marchesini JC. Insucesso terapêutico, complicações tardias e reoperações. En: Garrido AB, editor. Cirurgia da Obesidade. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 227-44.
4. Pareja J, Pilla VF, Callejas Neto F, Coelho-Neto JS, Chaim EA, Magro D. Gastroplastia redutora com bypass gastrojejunal em Y-de-Roux: conversão para bypass gastrointestinal distal por perda insuficiente de peso – experiência em 41 casos. Arq Gastroenterol. 2005;42:196-200.
5. Marchesini JB. Duodenal switch and reoperative surgery. En: Pitombo C, editor. Obesity Surgery – Principles and Practice. New York: McGraw-Hill; 2008.
6. Fobi MA, Lee H, Igwe D, Felahy B, James E, Dtanczyk M, et al. Revision of failed gastric bypass to distal Roux-en-Y gastric bypass. A review of 65 cases. Obes Surg. 2001;11:190-5.