



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



VC-003 - *BYPASS* GÁSTRICO EN Y DE ROUX VS *BYPASS* GÁSTRICO SIMPLIFICADO: COMPARACIÓN ENTRE TÉCNICAS Y POSIBLES VENTAJAS

Ballester Vázquez, Eulalia; Homs Samsó, Roger; Julià Verdaguer, Elisabet; Norte García, Andrea; Sala Vilaplana, Laia; Vila Riera, Cecilia; Moral Duarte, Antonio; Fernández Ananín, Sonia

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción: El *bypass* gástrico es una de las técnicas quirúrgicas más utilizadas para el tratamiento de la obesidad mórbida. Desde el inicio en los años 60 del desarrollo de técnicas basadas en reducciones gástricas asociadas a derivaciones intestinales son múltiples las variaciones técnicas que se han descrito con distintos resultados. De todas ellas la que ofrece mejores resultados y menor tasa de complicaciones es el *bypass* gástrico en Y de Roux. En 2003 se publicó una variación del mismo, denominada '*bypass* gástrico simplificado', que consiste en la realización de una omega de Braun para conversión posterior a Y de Roux seccionando el *candy cane* tras la confección de las dos anastomosis. Entre sus posibles ventajas, se describe una mayor facilidad técnica a la hora de realizar ambas anastomosis dado que se trabaja en el espacio supramesocólico en todo momento, la posibilidad de comprobar ambas suturas con azul de metileno y la confección de un *candy cane* más corto. El objetivo de este vídeo es ilustrar las diferencias técnicas entre ambos procedimientos quirúrgicos y ejemplificar las posibles ventajas del *bypass* gástrico simplificado.

Casos clínicos: Presentamos dos casos de pacientes intervenidos de *bypass* gástrico en nuestro centro. El primero es una paciente de 36 años en el que se indica un *bypass* gástrico como cirugía primaria con abordaje robótico, realizando un *bypass* gástrico en Y de Roux convencional. El segundo paciente es un varón de 40 años en el que se realiza una cirugía de conversión de *sleeve* a *bypass* por reflujo severo, vía laparoscópica, en este caso se confecciona un *bypass* gástrico 'simplificado'. En el primer caso se realiza la sección del asa biliopancreática con posterior ascenso para confeccionar la anastomosis gastroyeyunal. El pie de asa se efectúa en el espacio inframesocólico en hipocondrio izquierdo, en sentido horizontal de izquierda a derecha. El *candy cane* es de mayor longitud y permite realizar la comprobación únicamente de la anastomosis gastroyeyunal al finalizar la intervención. En segundo caso, se trata de un *bypass* gástrico simplificado con confección de la anastomosis gastroyeyunal sin sección del asa biliopancreática y posteriormente se realiza una omega de Braun confeccionando el pie de asa también en el espacio supramesocólico, en sentido vertical facilitando técnicamente el cierre de la enterotomía. Se realiza comprobación con azul de metileno de ambas anastomosis y finalmente se secciona el *candy cane* pudiendo también ajustar la medida del mismo sin dejarlo largo para evitar complicaciones posteriores.

Discusión: En nuestra experiencia el *bypass* gástrico simplificado nos ha permitido una manipulación más accesible de las anastomosis, especialmente del pie de asa, al trabajar en espacio supramesocólico. Esta facilidad es más notable en el abordaje laparoscópico. La mayor facilidad técnica y la posibilidad de comprobar ambas anastomosis podría conllevar menor tasa de complicaciones precoces.