



## Video del mes

# Bypass gástrico de una anastomosis tras plicatura gástrica endoscópica



## One anastomosis gastric bypass after endoscopic gastric plication

Manuel García-Redondo <sup>a,\*</sup>, Manuel Ferrer-Márquez <sup>a,b</sup>, Francisco Rubio-Gil <sup>a,b</sup>, Rosa M. Daza-García <sup>c</sup>, María José Torrente-Sánchez <sup>d</sup> y Manuel Ferrer-Ayza <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España

<sup>b</sup> Unidad de Cirugía Bariátrica (Obesidad Almería), Servicio de Cirugía General, Hospital Mediterráneo, Almería, España

<sup>c</sup> Unidad de Endoscopia Digestiva, Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Mediterráneo, Almería, España

<sup>d</sup> Enfermería, Unidad de Cirugía Bariátrica (Obesidad Almería), Servicio de Cirugía General, Hospital Mediterráneo, Almería, España

Mujer de 36 años con un IMC de 47,5 kg/m<sup>2</sup> que acudió para valoración de cirugía bariátrica. Entre los antecedentes personales destacaba una plicatura gástrica endoscópica realizada 3 años atrás, resultando en una pérdida del 5% del peso (de 120 a 114 kg que pesaba en el momento de la intervención). La endoscopia digestiva alta mostró áreas de mucosa perlada edematosa con suturas expuestas.

Se propuso un bypass gástrico de una anastomosis. En esta técnica se realiza primero un reservorio gástrico alargado, se realiza recuento de intestino delgado hasta 200 cm del ángulo de Treitz. Posteriormente se lleva a cabo una anastomosis latero lateral entre el reservorio gástrico y el asa yeyunal, y finalmente se cierra la gastroenterotomía y se comprueba la estanqueidad. La elección de esta técnica está basada en la mayor experiencia de nuestro centro respecto a otras técnicas. En la primera visión se observaron importantes adherencias gastro-parietales coincidentes con la línea de sutura previa. Durante la sección gástrica se observaron áreas edematosas y friables, con suturas no absorbibles expuestas. La cirugía transcurrió sin complicaciones. Durante el postoperatorio no aparecieron complicaciones y la paciente fue dada de alta en 48 h tras la cirugía. Durante los 6 primeros meses del postoperatorio, no ha presentado complicaciones y presenta actualmente un IMC de 38,5 kg/m<sup>2</sup>, con un peso actual de 92,5 kg (19% TWL).

### Consideraciones éticas

El presente trabajo se ha elaborado siguiendo los protocolos éticos de nuestro centro, así como con el consentimiento del paciente implicado.

### Financiación

No existen fuentes de financiación públicas o privadas en la realización del presente estudio.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés de ningún tipo.

### Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.ciresp.2022.10.007](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2022.10.007).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [m.garcia.redondo@outlook.es](mailto:m.garcia.redondo@outlook.es) (M. García-Redondo).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2022.10.007>

0009-739X/© 2022 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de AEC.