

Cirugía de revisión por retraso de vaciamiento gástrico tardío en bypass gastroileal.

Julietta Lavilla¹, Concepción Yárnoz², Carlos Chaveli², Coro Miranda².

¹ Hospital Provincial de Centenario, Rosario, Argentina, ² Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

E-mail: myarnozi@cfnavarra.es

Recepción (primera versión): 30-Noviembre-2019 Aceptación: 3-Diciembre-2019 Publicación online: N° Octubre 2020

Resumen:

La obesidad es una *enfermedad crónica* frecuente con consecuencias para el paciente. Distintas técnicas ayudan a la pérdida de peso mediante distintos mecanismos de acción. El Bypass gastroileal es una técnica quirúrgica para el tratamiento de la obesidad descrita como sencilla y con baja tasa de complicaciones postoperatorias tempranas. Nuestro objetivo es presentar una complicación tardía resuelta con cirugía mínimamente invasiva.

Presentamos el caso de una mujer de 44 años a la que se le realizó un bypass gastroileal laparoscópico por obesidad de tipo II asociado a diabetes mellitus tipo II, con buenos resultados a medio plazo. Cuatro años después comienza con clínica de intolerancia alimentaria, que ocasiona un ingreso hospitalario por desnutrición.

El tránsito esofágico objetivó una estenosis en la anastomosis gastroileal con dilatación gástrica. Se realizó una endoscopia que mostró un estómago retencionista con una anastomosis de aspecto inflamatorio que no condicionaba una estenosis. Se practicó una laparoscopia con resección de la anastomosis y conversión a Bypass gastroyeyunal con Y de Roux. El postoperatorio transcurrió sin incidencias recibiendo el alta en el 7º día postoperatorio. Doce meses después, presentaba normopeso y una analítica nutricional normal.

Palabras clave:

- Bypass gastroileal
- Complicaciones
- Cirugía de revisión

Revision surgery for delayed gastric emptying in gastroileal bypass.

Summary:

Obesity is a frequent chronic disease with consequences for the patient. Different techniques help weight loss through different mechanisms of action. The Gastroileal Bypass is a surgical technique for the treatment of obesity described as simple and with a low rate of early postoperative complications. Our objective is to present a late complication resolved with minimally invasive surgery.

We present the case of a 44-year-old woman who underwent a laparoscopic gastroileal bypass for type II obesity associated with type II diabetes mellitus, with good medium-term results. Four years later, she began food intolerance clinics, which led to a hospital admission for malnutrition.

The esophageal transit revealed a stricture in the gastroileal anastomosis with gastric dilation. An endoscopy was performed that showed a retaining stomach with an inflammatory-look anastomosis that did not condition a stenosis. Laparoscopy was performed with resection of the anastomosis and conversion to the gastrojejunal bypass with Roux-Y. The postoperative period was uneventful, and she was discharged on the 7th. postoperative day. Twelve months later, she presented normal weight and normal nutritional analysis.

Keywords:

- Gastroileal bypass
- Complications
- Revision surgery

Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica de diagnóstico cada vez más frecuente en la actualidad con serias consecuencias para el paciente tanto en su salud como en su entorno social.

Con el fin de dar respuestas a dicho problema han surgido diversas técnicas que siguiendo distintos principios, y en combinación con cambios en el estilo de vida y dieta del paciente; ayudan a la pérdida de peso mediante mecanismos de acción restrictivos, malabsortivos o mixtos.



El bypass gástrico es una técnica quirúrgica para el tratamiento de la obesidad descrita como sencilla, segura, reproducible, excelentes resultados y baja morbimortalidad (1,2). El principio fundamental de la pérdida de peso de esta técnica, predominantemente es el componente malabsortivo más que el restrictivo ya que no se realiza reservorio gástrico (1).

El objetivo de este trabajo es presentar una complicación tardía de una cirugía bariátrica resuelta con cirugía mínimamente invasiva.

Material y métodos

Presentamos el caso de una mujer de 44 años de edad a la que se le realizó en octubre 2013 un bypass gástrico laparoscópico (reducción mínima gástrica con única anastomosis y asa común de 2,5 mts) (3), para tratamiento de obesidad de tipo II (IMC 37,95) asociado a diabetes mellitus tipo II y esteatosis hepática.

La evolución a corto y medio plazo fue favorable, presentando durante los primeros cuatro años un IMC normal, en torno a 24, y una remisión completa de la diabetes.

En marzo de 2017 comenzó con clínica de pesadez postprandial y vómitos progresivos que ocasionó un ingreso hospitalario en mayo de 2018 por desnutrición, astenia intensa e incapacidad para la nutrición oral, llegando a presentar al ingreso un IMC de 18,9.

En el estudio gastrointestinal se objetivó una estenosis en la anastomosis gástricoileal con dilatación del remanente gástrico. (Figura 1). Se realizó además una endoscopia que mostró un estómago retencionista con una anastomosis de aspecto inflamatorio que no condicionaba una estenosis y permitía el paso del endoscopio sin problemas.



Figura 1. Estudio gastrointestinal que muestra una estenosis en la anastomosis gástricoileal.

Puesto que la técnica original describe una anastomosis gástricoileal amplia con una endograpadora de 60 mm de longitud (1), y el endoscopio pasaba sin dificultad; no se contempló la opción de realizar una dilatación endoscópica.

Debido a la severidad de la desnutrición y la intolerancia alimentaria, se realizó optimización nutricional y posterior laparoscopia con resección de la anastomosis y reconversión a bypass gástrico yeyunal con Y de Roux

Resultados

Se realizó un acceso laparoscópico con 5 puertos con una óptica de 30° de 5mm colocada por encima del ombligo. La paciente se colocó en posición francesa laparoscópica.

En un primer momento se procedió a realizar una laparoscopia exploradora, donde se constató una estenosis de la anastomosis gástricoileal con un muñón gástrico dilatado, que caía sobre la misma aumentando la obstrucción del asa. (Figura 2).

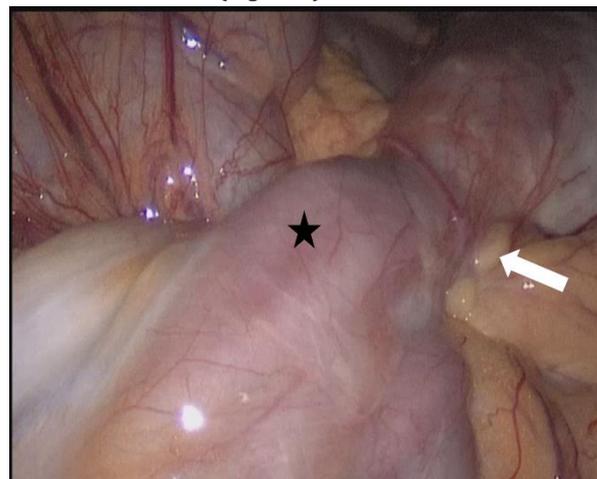


Figura 2. Estenosis de la anastomosis gástricoileal con torsión de asa. La flecha blanca señala la anastomosis gástricoileal y la estrella negra el asa ileal eferente.

Se realizó una resección en pantalón de la anastomosis gástricoileal, mediante endograpadora lineal de 60 mm reestableciendo el tránsito, con una anastomosis latero lateral ileoileal.

Posteriormente se procedió a realizar el reservorio gástrico tutorizado con una sonda orogástrica de 36 Fr, resección de la curvatura mayor y se prosiguió el by-pass gástrico yeyunal en Y de Roux con un asa biliar corta y un asa alimentaria de 160 cm.

El postoperatorio transcurrió sin incidencias siendo dada de alta el 7º día postoperatorio, sin ingresos posteriores. Al año de la intervención, presenta normopeso, una analítica con parámetros nutricionales dentro de la normalidad y recuperación completa de la movilidad.

Discusión

La cirugía bariátrica de revisión trata las complicaciones que ocurren pasados los primeros 30 días después de la cirugía primaria (4). La cirugía de revisión se realiza: ante una pérdida ponderal inadecuada, por reganancia ponderal, por un mal control de la comorbilidad, en casos de malabsorción severa con malnutrición, o cuando aparecen complicaciones relacionadas con el procedimiento (4-7).

La cirugía de revisión presenta una tendencia al alza; puesto que a medida que aumentan las cifras de

procedimientos bariátricos realizados, la frecuencia de esta va incrementándose de manera proporcional. En la página web de la Sociedad Americana de Cirugía Metabólica y Bariátrica se registra las cirugías bariátricas y las cirugías de revisión realizadas en el periodo de tiempo comprendido entre 2011 y 2018: 158000 procedimientos con un 6 % de cirugía de revisión y 252000 procedimientos con un 15,4% de cirugía de revisión respectivamente (8).

En 2016 la Federación Internacional de la Cirugía de la Obesidad y de los Trastornos Metabólicos (IFSO) registró un total de 685.897 cirugías bariátricas de las que 50,977 cirugías (7,4 %) eran de revisión, presentando variaciones geográficas muy llamativas (5). En nuestro país, en el año 2018 se practicaron 4,739 cirugías bariátricas de las cuales 59 (1,2%) fueron cirugía de revisión (9). Estas cifras están dentro del 2% recomendando del documento de criterios de calidad de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) y de la Sociedad Española de la Cirugía de la Obesidad (SECO) (7).

En la encuesta de la IFSO, alrededor de la mitad de las delegaciones consultadas especificaban la causa de la revisión: el 63% era por pérdida ponderal insuficiente, ganancia ponderal o no resolución de la comorbilidad; el 26% por complicaciones y un 11% por ambas (5).

El by-pass gástrico es una técnica malabsortiva descrita por sus autores como sencilla, segura, reproducible y con excelentes resultados (1). Recientemente sus autores han publicado el análisis de los 1512 casos con un 2,71% de complicaciones recientes y menos del 1% de complicaciones de úlcera marginal y estenosis de la anastomosis, precisando ocho pacientes de 15 dilataciones endoscópicas y 7 tratamiento quirúrgico (2). En el caso que presentamos, teniendo en cuenta que la anastomosis realizada en la cirugía inicial era con una grapadora de 60 mm, y que en la endoscopia se accedía sin dificultad a las asas aferente y eferentes se optó por un tratamiento quirúrgico de inicio. De hecho, además de la estenosis que presentaba la anastomosis, la dilatación del muñón gástrico improntaba sobre la anastomosis contribuyendo a la obstrucción de la misma. Hemos encontrado en la literatura un artículo técnico de reconversión de bypass gástrico a bypass gástrico laparoscópico por recuperación ponderal asociada a reflujo gastroesofágico (10).

El tipo de reintervención a realizar debe considerar la cirugía primaria realizada, la anatomía del paciente, el peso y la comorbilidad del paciente y la experiencia del cirujano (11). En este caso nos decidimos por realizar un by-pass gástrico en Y de Roux con poco componente malabsortivo por el antecedente de diabetes mellitus, aunque podría haberse considerado realizar una técnica de reversión.

La estrategia quirúrgica inicial fue un acceso laparoscópico, puesto que existe evidencia que la cirugía de revisión puede realizarse con seguridad mediante el acceso laparoscópico. Aunque inicialmente la cirugía de revisión se realizaba por laparotomía, hoy en día la mayor parte de los grupos la realiza mediante cirugía mínimamente invasiva (11). De hecho en las encuestas de actividad anual de la SECO, se evidencia una tendencia creciente en favor del acceso laparoscópico para la cirugía de la revisión (9,12).

Conclusiones

La cirugía de revisión se indica ante una pérdida ponderal insuficiente, por un mal control de la comorbilidad, por reganancia ponderal, o por complicaciones que afectan a la calidad de vida de los pacientes. Se puede realizar por vía abierta o laparoscópica siendo esta última la más utilizada en la actualidad.

La estenosis de anastomosis es una complicación tardía dentro de las posibles complicaciones de una cirugía de obesidad, que se puede resolver de manera mínimamente invasiva sin mayores problemas y con buenos resultados.

Bibliografía

1. Resa JJ, Resa JJ. Bypass Gastroileal, una nueva técnica para el tratamiento de la obesidad y las enfermedades metabólicas. *BMI* 2014;2:548–51. <https://www.bmi-journal.com/index.php/bmi/article/view/187/pdf>
2. Resa Bienzobas J, Lagos Lizan J, Pérez Zapata AI, Valero Sabater M, Ferrando Vela J, Sanjuan Casamayor M. Laparoscopic Gastroileal Bypass with Single Anastomosis: Analysis of the First 1512 Patients. *Obes Surg*. 2019;29(6):1976–81. <https://doi.org/10.1007/s11695-019-03788-6>
3. Resa JJ, Solano J, Fatás JA, Blas JL, Monzón A, García A, et al. Laparoscopic biliopancreatic diversion: Technical aspects and results of our protocol. *Obes Surg*. 2004;14(3):329–33. <https://doi.org/10.1381/096089204322917837>
4. García-Moreno Nisa, F; Galindo Álvarez, J; Torres Alemán, A; Carda Abella P. CIRUGÍA DE LA OBESIDAD MÓRBIDA. In: Ruiz de Adana, J.C.; Sánchez Santos R, editor. *Cirugía de revisión*. 2ª. Madrid: Arán Ediciones S.L.; 2012. p. 228–39.
5. Angrisani L, Santonicola A, Iovino P, Vitiello A, Higa K, Himpens J, et al. IFSO Worldwide Survey 2016: Primary, Endoluminal, and Revisional Procedures. *Obes Surg*. 2018;28(12):3783–94. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3450-2>
6. Vilallonga R, Pereira-Cunill J, Morales-Conde S, Alarcón I, Breton I, Domínguez-Adame E, et al. A Spanish Society joint SECO and SEEDO approach to the Post-operative management of the patients undergoing surgery for obesity. *Obes Surg*. 2019; <https://doi.org/10.1007/s11695-019-04043-8>
7. Sabench Pereferer F, Domínguez-Adame Lanuza E, Ibarzabal A, Socas Macias M, Valentí Azcárate V, García Ruiz de Gordejuela A, et al. Criterios de calidad en cirugía bariátrica: revisión de conjunto y recomendaciones de la Asociación Española de Cirujanos y de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad. *Cirugía Española*. 2017;95(1):4–16. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0009739X1630166X>
8. Estimate of Bariatric Surgery Numbers, 2011-2018 | American Society for Metabolic and Bariatric Surgery [Internet]. [cited 2019 Nov 27]. <https://asmbs.org/resources/estimate-of-bariatric-surgery-numbers>
9. Actividad bariátrica en España. Encuesta Actividad SECO 2018. XXI Congreso Nacional SECO Madrid, Septiembre 2019.

10. José M, Fanlo P, Angel M, Rodrigo B, Miguel J, Haro C, et al. *Reconversión de bypass gastroileal a bypass gástrico laparoscópico . Detalles técnicos Conversion of gastroileal bypass to laparoscopic gastric bypass. Technical details. Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana 2017;7(4): 1950-5. <https://www.bmi-journal.com/index.php/bmi/article/view/549/1225>*

11. Brethauer SA, Kothari S, Sudan R, Williams B, English WJ, Brengman M, et al. *Systematic review on reoperative bariatric surgery American Society for Metabolic and*

Bariatric Surgery Revision Task Force. Surg Obes Relat Dis 2014;10(5):952-72.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.soard.2014.02.014>

12. *Actividad bariátrica en España. Encuesta Actividad SECO 2017. XX Congreso Nacional SECO Palma de Mallorca, Abril 2018. .*

© 2020 seco-seedo. Publicado por bmi-journal. Todos los derechos reservados.