

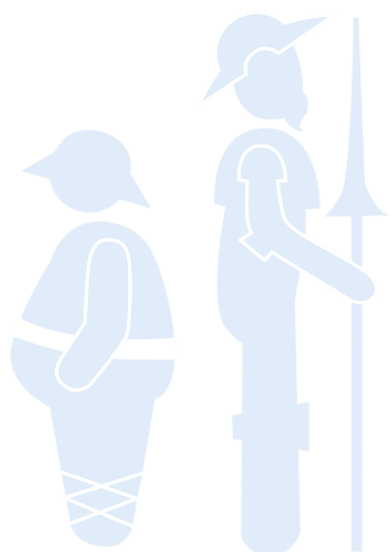
Bypass gástrico en Y-de-Roux y extirpación del remanente gástrico en paciente obesa con esófago de Barret y poliposis gástrica

Roux-en-Y gastric bypass and removal of the gastric remnant in an obese patient with Barret's esophagus and gastric polyposis

Bypass gástrico en Y-de-Roux y extirpación del remanente gástrico en paciente obesa con esófago de Barret y poliposis gástrica

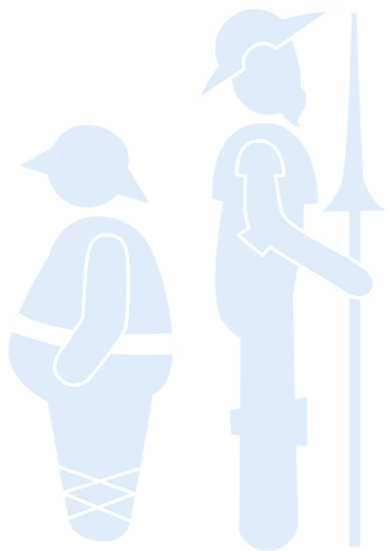
Alberto Fierro Aguilar, M.^a De Los Ángeles Mayo Ossorio, Ander Ángel Bengoechea Trujillo, José Manuel Pacheco García

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.



bmi journal
seco-seedo

Bypass gastrico en Y de Roux y extirpacion del remanente gastrico en paciente obesa con esófago de barret y poliposis gastrica

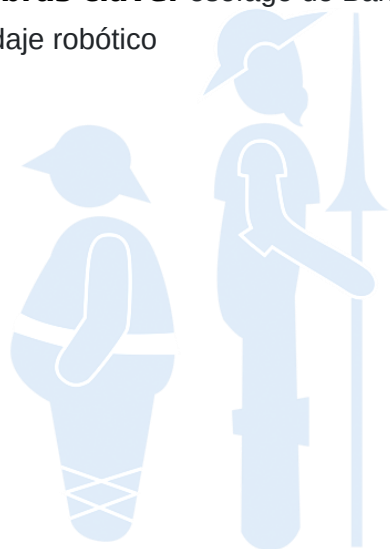


bmi journal
seco-seedo

Resumen:

La ERGE y esófago de Barret son indicaciones de cirugía anti reflujo, y en el caso de paciente con obesidad mórbida de la realización de bypass gástrico como técnica bariátrica. Por otro lado la poliposis gástrica es una enfermedad benigna pero tiene riesgo de malignización requiriendo en algunos casos la realización de gastrectomía. Actualmente se está imponiendo la cirugía robótica en cirugía bariátrica y cirugía esofagogástrica. Presentamos el caso clínico de una cirugía combinada de bypass gástrico en Y-de-Roux y extirpación de estómago remanente en una paciente con obesidad mórbida, Esófago de Barret y poliposis gástrica múltiple realizado por abordaje totalmente robótico.

Palabras clave: esófago de Barret, poliposis gástrica, obesidad mórbida, cirugía bariátrica, abordaje robótico



bmi journal
seco-seedo

Objetivo

La ERGE y esófago de Barret son indicaciones de cirugía anti reflujo, y en el caso de paciente con obesidad mórbida de la realización de bypass gástrico como técnica bariátrica. Por otro lado la poliposis gástrica es una enfermedad benigna pero tiene riesgo de malignización requiriendo en algunos casos la realización de gastrectomía. Actualmente se está imponiendo la cirugía robótica en cirugía bariátrica y cirugía esofagogástrica. Presentamos el caso clínico de una cirugía combinada de bypass gástrico en y de roux y extirpación de estómago remanente en una paciente con obesidad mórbida, esófago de Barret y poliposis gástrica múltiple realizado por abordaje totalmente robótico.

Material y método

Mujer 50 años con antecedentes personales de: Obesidad, (Peso 104.500 Kg. Talla: 160 cm. IMC:

40.82 Kg/cm², hernia de hiato y ERGE., y Asma bronquial.

Historia actual: Remitida para valoración de cirugía antirreflujo por esófago de Barret diagnosticado 2 años antes (2020). Se propone cirugía Bariátrica y realización de Bypass gástrico. Se realiza protocolo de cirugía Bariátrica y tras realizar nueva EDA, se identifica poliposis gástrica y se confirma la presencia de esófago de Barret.

Ante los nuevos hallazgos se decide realizar Bypass gástrico en Y-de-Roux (asa biliopancreática 60cm, asa alimentaria 120cm) y gastrectomía del remanente gástrico.

Resultados

TIEMPO OPERATORIO: 195 min (Doking 15 min, Cirugía consola 170 min, Desdoking 5 min. Cierre incisiones 5 min).

POSTOPERATORIO: Estancia URP 2horas y media, Inicia tolerancia la tarde de la cirugía Alta Hospitalaria al 2º día postoperatorio a las 36 horas de la cirugía.

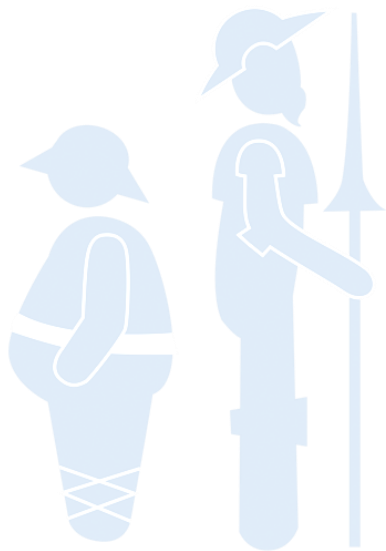
HISTOLOGIA ESTOMAGO EXTIRPADO Poliposis gástrica con pólipos en fundas cuerpo y antro hasta número de 22 pólipos. Mínimo tamaño 0,2 mm- máximo 0,9mm.

REVISION AL MES DE LA CIRUGIA: Adecuada tolerancia oral. Pérdida de peso de 10 kg sin sintomatología de reflujo.

Conclusiones

La ERGE y sobre todo asociada al esófago de Barret es indicación de cirugía antirreflujo y en el caso de la obesidad mórbida la cirugía indicada es el Bypass gástrico.

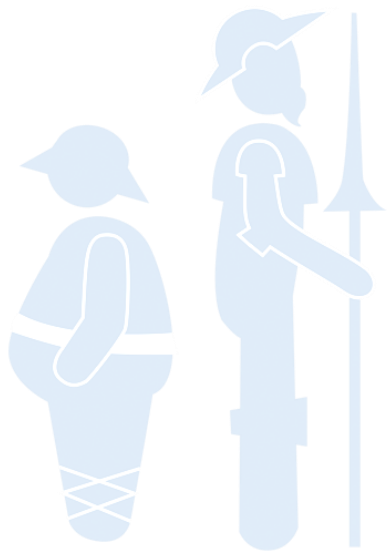
Los pólipos gástricos más frecuentes son los hiperplásicos, de glándula fúndica, como en el caso de nuestra paciente. Ya que, en algunos casos, tienen riesgo de malignidad en el caso de realizar un procedimiento bariátrico lo ideal sería realizar una gastrectomía vertical, CD o SADIS para tener un control endoscopio del estómago del repertorio.



bmi journal
seco-seedo

En el caso de nuestra paciente la opción quirúrgica propuesta pensamos que es la más adecuada ya que corrige la ERGE y el Barret, la obesidad y además hemos extirpado el remanente gástrico por su potencial riesgo de malignización.

Esta cirugía es factible y segura por abordaje robótico y no se incrementa el tiempo quirúrgico respecto a la cirugía laparoscópica. Siendo la sutura y cierre de enterotomías mucho más fácil por apórtate maniobrabilidad y una excelente visión.



bmi journal
seco-seedo

Bibliografía

1-Zhang Z, Miao L, Ren Z, Li Y. Robotic bariatric surgery for the obesity: a systematic review and meta-analysis. *Surg Endosc.* 2021 Jun;35(6):2440-2456. doi: 10.1007/s00464-020-08283-z. Epub 2021 Apr 21. PMID: 33881624.

2-Iranmanesh P, Bajwa KS, Felinski MM, Shah SK, Wilson EB. Robotic Primary and Revisional Bariatric Surgery. *Surg Clin North Am.* 2020 Apr;100(2):417-430. doi: 10.1016/j.suc.2019.12.011. Epub 2020 Feb 1. PMID: 32169187.

3-Jung MK, Hagen ME, Buchs NC, Buehler LH, Morel P. Robotic bariatric surgery: A general review of the current status. *Int J Med Robot.* 2017 Dec;13(4). doi: 10.1002/rcs.1834. Epub 2017 May 23. PMID: 28544251.

4-Braghetto I, Csendes A. Patients Having Bariatric Surgery: Surgical Options in Morbidly Obese Patients with Barrett's Esophagus. *Obes Surg.* 2016 Jul;26(7):1622-6. doi: 10.1007/s11695-016-2198-9. PMID: 27167837.

5-Braghetto I, Korn O, Csendes A, Gutiérrez L, Valladares H, Chacon M. Laparoscopic treatment of obese patients with gastroesophageal reflux disease and Barrett's esophagus: a prospective study. *Obes Surg.* 2012 May;22(5):764-72. doi: 10.1007/s11695-011-0531-x. PMID: 22392129.

6-Andersen JW, Jensen TM, Kjær DW, Oppfeldt AM. [The management of gastric polyps]. *Ugeskr Laeger.* 2022 May 2;184(18):V10210773. Danish. PMID: 35506619.