

# CIRUGÍA DE REVISIÓN Y DISTALIZACIÓN DE BY PASS GASTRICO ANILLADO POR REGANANCIA DE PESO Y RGE SIGUIENDO LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DEL BAGUA: REPORTE DE UN CASO

Dra. García Iduñate, Herminia. Dr Pérez Santillán, Juan Antonio. Dr Rodríguez Vásquez, Aldo Elí. Dr Rodarte Shade, Mario.

## INTRODUCCIÓN

El reflujo gastroesofágico (RGE), es uno de los síntomas más frecuentes asociados a la obesidad. Como posibles causas del RGE se encuentran: disfunción motora del esófago, disminución de la presión del esfínter esofágico inferior, y aumento de la presión intraabdominal relacionada con la obesidad principalmente troncular (1).

La GV es sobre todo un procedimiento restrictivo, logrando resultados aceptables en términos de pérdida de peso durante los primeros años postoperatorios. Sin embargo, hay evidencia cada vez mayor que después de 3 – 5 años hay una tendencia a la reganancia de peso y consecuentemente a la recurrencia de las comorbilidades relacionadas con la obesidad (2).

Muchos cirujanos todavía consideran al BGYR como la técnica estándar de oro en la cirugía bariátrica. Sin embargo, el BGYR laparoscópico es un procedimiento técnicamente más exigente que la GV. Muchos autores defienden que después del BGYR no hay reganancia de peso, pero esto se ha encontrado en series de 10 años de seguimiento (2).

El MGB, y su variante BAGUA, descrita por el Dr Carbajo, han aumentado en la última década y actualmente representan la tercera técnica más realizada a nivel mundial. Actualmente existen varios estudios comparativos y ensayos clínicos aleatorizados comparando el BAGUA contra el BGYR y la GV, todos concluyen que el BAGUA es una técnica segura con tasas de morbilidad y mortalidad más bajas que las otras técnicas, y relacionada con la mayor pérdida de peso sin reganancia a largo plazo. En relación a la remisión de las comorbilidades, el BAGUA también obtiene una resolución significativamente mayor a largo plazo de DM2, HAS y Dislipidemia que el BGYR y la GV (2).

## CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 61 años de edad.

APP: II Cesareas. Colectistectomía.

By Pass Gástrica anillado hace 20 años, retiro de anillo hace 3 años por RGE severo.

Resistencia a la Insulina y Dislipidemia en tratamiento médico y dietético.

PA: Acude a consulta 08 de Junio del 2018 por reganancia de peso. Se somete a protocolo prequirúrgico.

Talla: 161 cm.

Peso máximo (1998): 99 kg

IMC máximo: 38.2

Peso mínimo (2015): 46 kg

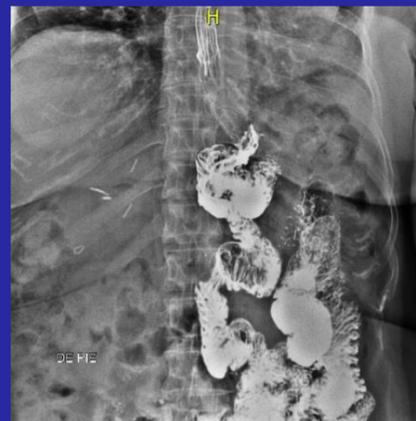
Peso 1ª consulta (Junio 2018): 83.3 kg

IMC 1ª consulta: 32.1

\* Prueba de aliento, anticuerpos anti-IgG y anticuerpos anti-IgA para Helicobacter pylori: Negativos.

\* Glicemia en ayuno 101 mg, Hgb A1 6.0, Péptido C 1.54

\* SEG: Esófago normal, Unión EG normal, cambios postquirúrgicos en relación a gastroyeyunoanastomosis. No hernia hiatal.



Serie Esofagográfica

Results	
Weight	83.3 kg
Body Mass Index (BMI)	32.1
Body Fat %	47.6 %
Body Fat Mass	39.7 kg
Body Fat Range	Obese
Fat Free Mass	43.6 kg
Visceral Fat Rating	13.0
Body Water %	38.5 %
Body Water Mass	32.1 kg
Muscle Mass	41.4 kg
Bone Mass	2.2 kg
Basal Metabolic Rate	1368 kcal
Metabolic Age	90.0 yrs
Daily Calorie Intake	2244 kcal
Physique Rating	2-Obese

Impedancia de 1ª consulta Junio 2018



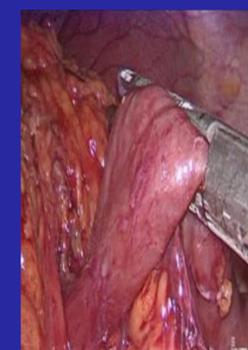
Asa alimentaria retroclótica



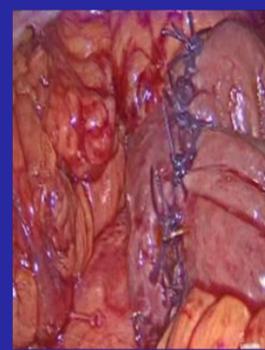
Ángulo de Treitz y Asa alimentaria



Enteroenteroanastomosis del By-pass



Corte en asa alimentaria



Nueva anastomosis entre asa alimentaria y asa BP distal a anastomosis primaria



Control postquirúrgico

Results	
Weight	73.4 kg
Body Mass Index (BMI)	28.2
Body Fat %	43.9 %
Body Fat Mass	32.2 kg
Body Fat Range	Obese
Fat Free Mass	41.2 kg
Visceral Fat Rating	11.0
Body Water %	40.9 %
Body Water Mass	30.0 kg
Muscle Mass	39.1 kg
Bone Mass	2.1 kg
Basal Metabolic Rate	1278 kcal
Metabolic Age	78.3 yrs
Daily Calorie Intake	2056 kcal
Physique Rating	2-Obese

Impedancia de 2ª mes postquirúrgico

Se realiza cirugía de revisión el día 04 de Agosto del 2018 encontrándose By Pass en Y de Roux con pouch gástrico de 10 cm aprox, asa alimentaria de 60 cm aprox, asa BP de 50 cm aprox y asa común de 5.20 mts aprox. Se secciona el asa alimentaria 25 cm proximal a enteroentero anastomosis y se realiza distalización con elongación de asa BP y nueva anastomosis a 2.2 mt desde la entero-entero primaria, dejando una asa BP de 2.7 mt y asa común de 3 mts.

## RESULTADO

Después de dos meses de la cirugía la paciente se encontraba asintomática, resolviendo al 100% su RGE y con IMC de 28.3.

**Referencias:** (1) Reflujo Gastroesofágico antes y después de Gastrectomía Vertical. Resultados preliminares sobre un estudio de 145 pacientes. José Vte. Ferrer and cols. Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana, Noviembre 2016. (2) Long-term follow-up after sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass versus one-anastomosis gastric bypass: a prospective randomized comparative study of weight loss and remission of comorbidities. Jaime Ruiz-Tovar, Miguel Angel Carbajo, Lorea Zubiaga. Surgical Endoscopy, June 2018.