

Bypass gástrico con preservación de Nissen laparoscópico, una opción para pacientes con obesidad mórbida intervenidos previamente de reflujo gastroesofágico.

Teresa García Val, Antonia Brox Jiménez, Esther Mariño Padín, Irene Vázquez García, Lara Pérez Corbal, Alberto Parajó Calvo

Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

E-mail: teresagval@gmail.com

Recepción (primera versión): 30-Noviembre-2019

Aceptación: 3-Diciembre-2019

Publicación online: N° Abril 2020

Resumen:

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) está relacionada estrechamente con la obesidad; de hecho, hasta el 45% de los pacientes con obesidad la padecen.

Actualmente está ampliamente aceptado realizar un bypass gástrico por encima de una funduplicatura en pacientes con ERGE y obesidad mórbida.

La cirugía de revisión de funduplicatura a bypass gástrico es técnicamente compleja y aumenta considerablemente la morbimortalidad. Por ello, en pacientes seleccionados, con funduplicatura normoposicionada, funcionante y si además no tienen gastrolisis previa, se puede confeccionar el reservorio gástrico respetando la valva antirreflujo del Nissen, obteniendo buenos resultados a corto y medio plazo.

Presentamos el caso de un paciente obeso, intervenido previamente de funduplicatura tipo Nissen sin gastrolisis, asintomático para ERGE en la actualidad que es remitido para valoración de cirugía bariátrica a nuestra Unidad.

Tras adhesiolisis laboriosa y comprobar la normoposición de la funduplicatura, se realiza un bypass gástrico simplificado laparoscópico con anastomosis manual tipo Higa sin desmontar el Nissen previo. El paciente evoluciona de manera favorable siendo dado de alta al tercer día posoperatorio. El porcentaje de sobrepeso perdido (PSP) ha sido del 68% en los primeros 9 meses postoperatorios.

Palabras clave:

- Funduplicatura Nissen
- Obesidad
- Bypass gástrico

Gastric bypass with preservation of laparoscopic Nissen, an option for patients with morbid obesity previously operated on for gastroesophageal reflux.

Summary:

Gastroesophageal reflux disease (GERD) is closely related to obesity; in fact, up to 45% of patients with obesity suffer from it.

It is now widely accepted to perform a gastric bypass over a fundoplication in patients with GERD and morbid obesity.

Gastric bypass fundoplication revision surgery is technically complex and considerably increases morbidity and mortality. Therefore, in selected patients, with a normalized, functioning fundoplication and if they also do not have previous gastrolysis, the gastric reservoir can be made respecting the Nissen ant reflux valve, obtaining good results in the short and medium term.

We present the case of an obese patient, previously operated on for a Nissen-type fundoplication without gastrolysis, who is currently asymptomatic for GERD and who is referred for evaluation of bariatric surgery to our Unit.

After laborious adhesiolysis and checking the normalization of the fundoplication, a simplified laparoscopic gastric bypass with a manual Higa-type anastomosis is performed without disassembling the previous Nissen. The patient evolved favorably and was discharged on the third postoperative day. The percentage of overweight lost (PSP) has been 68% in the first 9 postoperative months.

Keywords:

- Nissen fundoplication
- Obesity
- Gastric bypass

Introducción

En los últimos años, se ha desarrollado un incremento en el número de pacientes obesos en la sociedad. Esta epidemia se asocia a numerosas comorbilidades entre las que se encuentran la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), la diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, hipertensión arterial, síndrome de hipoventilación-apnea del sueño (SAHS).

El bypass gástrico en Y-Roux, se ha convertido en la técnica estándar para la pérdida de peso y la resolución de estas patologías concomitantes entre las que se encuentra la ERGE (1).

En cuanto al reflujo gastroesofágico, presenta una prevalencia estimada entre el 20-40% en EEUU y Europa. Se asocia a la obesidad como hemos descrito previamente, debido al aumento que la presión abdominal ocasiona sobre el esfínter esofágico inferior (2).

La creciente prevalencia de reflujo gastroesofágico y obesidad, combinada con el auge de la cirugía laparoscópica antirreflujo, implica que muchos pacientes candidatos a cirugía bariátrica, ya hayan sido intervenidos previamente de cirugía antirreflujo (3). En general, la cirugía antirreflujo es menos eficaz en los pacientes obesos debido al alto porcentaje de roturas y migraciones de la valva que se produce en este grupo de pacientes (2).

Actualmente está ampliamente aceptado realizar un bypass gástrico por encima de una funduplicatura en pacientes con ERGE y obesidad mórbida (2), pues con dicha técnica se obtiene una buena pérdida ponderal a la vez que un control óptimo del reflujo (1).

La conversión laparoscópica de una funduplicatura tipo Nissen a un bypass es técnicamente compleja y asocia una alta incidencia de complicaciones perioperatorias (2).

Describimos la realización de un bypass gástrico laparoscópico preservando la funduplicatura tipo Nissen practicada previamente.

Material y métodos

Varón de 45 años de edad con obesidad grave (grado II) peso de 114 kg e IMC actual de 38,6 kg/m², fumador de 2 cigarrillos/día, artrosis severa y esteatosis, intervenido hace 5 años en otro centro hospitalario de ERGE y hernia de hiato, al que se le practica funduplicatura de Nissen laparoscópica, tras la cual experimenta mejoría importante de su ERGE, estando asintomático desde este punto de vista cuando solicita valoración por nuestra Unidad.

En la hoja operatoria de esta intervención queda reflejado que no se secciona ningún vaso corto previo a la confección de la funduplicatura.

Se le realiza gastroscopia y TC abdominal preoperatorio comprobándose que la funduplicatura se encuentra posicionada correctamente.

Resultados

Tras adhesiolisis laboriosa, se le realiza un bypass gástrico simplificado laparoscópico con anastomosis manual con V-loc 3/0 reabsorbible sin desmontar el Nissen previo. La longitud del asa biliar fue de 60 cm medidos desde el ligamento de Treitz, y la alimentaria de 150 cm. Se

procedió al cierre del meso y orificio de Petersen con V-loc 2/0 irreabsorbible. El paciente evoluciona de manera favorable y es dado de alta al tercer día postoperatorio.

El PSP ha sido del 68% en los primeros 9 meses postoperatorios.

Discusión

Debido al auge de las técnicas laparoscópicas en cirugía antirreflujo y a la alta prevalencia de la obesidad y de la ERGE, no es de extrañar que cada vez aparezcan más pacientes intervenidos previamente de RGE en los que la cirugía de bypass esté indicada, bien porque deseen perder peso, o bien porque su ERGE haya recidivado, lo cual no es infrecuente en este tipo de pacientes.

La conversión laparoscópica de una cirugía antirreflujo a un bypass gástrico es posible y segura (1,4), aunque implica una tasa de morbilidad (21% vs 8% del bypass convencional), tiempo operatorio y tasa de reconversión a cirugía abierta mayor (1,2,5). Es una cirugía compleja, que se aconseja que sea realizada por cirujanos bariátricos expertos. El abordaje del fundus y de la zona cardial, así como el acceso al pilar diafragmático izquierdo, suelen estar dificultados por adherencias que también pueden involucrar al hígado y al bazo(3). Con relativa frecuencia, durante la disección, el fundus, resulta desvitalizado y es necesaria su exéresis (5).

Para reducir la incidencia de estas complicaciones perioperatorias, Ibele et al (6), proponen preservar la funduplicatura cuando se confecciona el reservorio gástrico. Un posible inconveniente sería la excesiva longitud del reservorio (3), con la subsiguiente pérdida de capacidad restrictiva de la técnica y la insuficiente pérdida de peso en el posoperatorio. En nuestro caso, pese a estar operado de la técnica antirreflujo en otro centro, tuvimos acceso a la hoja operatoria previa, donde quedaba reflejado la ausencia de sección de vasos cortos. Intraoperatoriamente, comprobamos que, debido a ello, la funduplicatura estaba muy ajustada a la zona cardial, siendo pequeña la cantidad de fundus utilizado en la confección de la plicatura. De hecho, calculamos que el tamaño de nuestro reservorio fue en torno a 30 ml, similar al que realizamos cuando hacemos un bypass gástrico do novo (calculado durante el test de azul de metileno).

En los primeros 9 meses posoperatorios, la pérdida ponderal ha sido adecuada con un 68% de PSP, lo que ha provocado una notable mejoría en sus artralgias y calidad de vida en general.

A corto y medio plazo, nuestros resultados son excelentes, sin embargo, debemos ser cautos pues no disponemos de resultados a largo plazo y, además, nuestra experiencia es limitada, un único caso hasta la fecha.

En cuanto a la técnica practicada, no resecamos estómago, lo cual resulta muy interesante por si en el futuro fuera preciso revertir a la anatomía normal.

Algunos autores, proponen para evitar excesiva disección de la zona esófago-cardial, realizar en estos casos una técnica de Scopinaro, aunque actualmente está casi en desuso debido a la malnutrición proteica y úlcera anastomótica que asocia (3).

Conclusiones

La cirugía de revisión de funduplicatura a bypass gástrico es técnicamente compleja y aumenta la morbimortalidad.

En pacientes seleccionados, con funduplicatura normoposicionada, funcionante y si además no tienen gastrolisis previa, es posible confeccionar el reservorio gástrico respetando la valva antirreflujo del Nissen, permitiendo no sólo el control de la ERGE, sino también, la pérdida del exceso de peso.

En el caso que presentamos, tampoco se reseco estómago, lo cual resulta muy interesante, por si en el futuro fuera necesario reconstruirle a la anatomía normal.

Bibliografía

1. Watson MD, Hunter Mehaffey J, Schirmer BD, Hallowell PT. Roux-en-Y Gastric Bypass Following Nissen Fundoplication: Higher Risk Same Reward. *Obes Surg.* 2017;27(9):2398-403.
2. Mendes-Filho AM, Godoy ESN, Alinho HCAW, Galvão-Neto MDP, Ramos AC, Ferraz ÁAB, et al. Fundoplication

Conversion in Roux-En-Y Gastric Bypass for Control of Obesity and Gastroesophageal Reflux: Systematic Review. *Arq Bras Cir Dig.* 2017;30(4):279-82.

3. Kassir R, Lointier P, Breton C, Blanc P. Bariatric Surgery After Previous Antireflux Surgery Without Takedown of the Previous Fundoplication: a Prospective Study. *Obes Surg.* 2019;0-3.

4. Gys B, Gys T, Lafullarde T. The efficacy of laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass after previous anti-reflux surgery: A single surgeon experience. *Acta Chir Belg.* 2015;115(4):268-72.

5. Thereaux J, Roche C, Bail JP. Conversion of Nissen fundoplication to laparoscopic gastric bypass: Video case report and literature review. *Surg Obes Relat Dis [Internet].* 2015;11(4):973-4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.soard.2015.01.022>

6. Ibele A, Garren M, Gould J. The impact of previous fundoplication on laparoscopic gastric by pass outcomes: a case-control evaluation. *SurgEndosc.* 2012 Jan;26(1):177-81. doi:10.1007/s00464-011-1851-6. Epub 2011 Aug20. PubMed PMID:21858578.

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