



Caso clínico

Complicación posoperatoria de bypass gastroileal en manga de anastomosis única de una sola anastomosis resuelta mediante conversión a bypass gástrico en Y de Roux: reporte de caso

Postoperative complication of single-anastomosis sleeve gastroileal bypass resolved by conversion to Roux-en-Y gastric bypass: case report

Armando Pereyra-Talamantes,^{*,‡} José Luis Benítez-González,^{*,§} Ambrocio Juárez-Herrera,^{*,¶}
Emmanuel Alejandro Vergara-Tamayo,^{*,||} Jesús Emmanuel Rodríguez-Silverio^{*,**}

* Especialidad en Cirugía General. Alta Especialidad en Cirugía Bariátrica, Hospital Central Militar (HCM). México.

ORCID:

‡ 0000-0001-8842-4980

§ 0009-0005-5093-0366

¶ 0000-0002-2135-1964

|| 0000-0003-0225-8278

** 0000-0001-5784-6355

RESUMEN

Introducción: la cirugía bariátrica ha evolucionado con el desarrollo de técnicas eficaces para la pérdida de peso y la remisión de comorbilidades asociadas con la obesidad. El *bypass* gástrico tipo SASI, que combina la gastrectomía en manga con una única anastomosis ileal, es un procedimiento emergente. Sin embargo, al no encontrarse estandarizado, la evidencia disponible sobre su seguridad, resultados y manejo de complicaciones es limitada. La literatura relacionada con cirugía de revisión en SASI es escasa, por lo que resulta relevante comunicar esta experiencia clínica para ampliar el conocimiento disponible. **Caso clínico:** se presenta un paciente masculino de 58 años, con antecedente de gastrectomía vertical en manga realizada en 2012, con índice de masa corporal (IMC) inicial de 39.8 kg/m², quien presentó reganancia ponderal secundaria a mal apego al seguimiento. En marzo de 2024 fue sometido a conversión a SASI por obesidad persistente y reflujo gastroesofágico. En el posoperatorio desarrolló dolor epigástrico, náuseas, vómitos e intolerancia alimentaria. Los estudios de imagen y endoscopia demostraron estenosis prepilórica severa y paso filiforme a

ABSTRACT

Introduction: bariatric surgery has evolved with the development of effective techniques for weight loss and remission of obesity-related comorbidities. The single anastomosis sleeve ileal (SASI) gastric bypass, which combines sleeve gastrectomy with a single ileal anastomosis, is an emerging procedure. However, as it is not yet standardized, available evidence regarding its safety, outcomes, and complication management remains limited. Literature addressing revisional surgery after SASI is scarce; therefore, reporting this clinical experience is relevant to expand the current knowledge. **Case report:** we present the case of a 58-year-old male patient with a history of sleeve gastrectomy performed in 2012 and an initial body mass index (BMI) of 39.8 kg/m², who developed weight regain due to poor adherence to follow-up. In March 2024, he underwent conversion to SASI for persistent obesity and gastroesophageal reflux disease. Postoperatively, he developed epigastric pain, nausea, vomiting, and food intolerance. Imaging studies and endoscopy revealed severe prepyloric stenosis and a threadlike passage through the gastroileal

Recibido: 03/09/2025. Aceptado: 06/03/2026.

Correspondencia: **José Luis Benítez-González**

E-mail: siul17_@hotmail.com

Citar como: Pereyra-Talamantes A, Benítez-González JL, Juárez-Herrera A, Vergara-Tamayo EA, Rodríguez-Silverio JE.

Complicación posoperatoria de *bypass* gastroileal en manga de anastomosis única de una sola anastomosis resuelta mediante conversión a *bypass* gástrico en Y de Roux: reporte de caso. Rev Mex Cir Endoscop. 2026; 27 (1-2): 33-38. <https://dx.doi.org/10.35366/122993>



través de la anastomosis gastroileal. Tras fracaso del manejo conservador y recaída clínica, se realizó conversión laparoscópica a *bypass* gástrico en Y de Roux, con evolución favorable y adecuada tolerancia oral.

Conclusiones: se documenta la resolución de una estenosis gastroileal posterior a un procedimiento SASI mediante conversión laparoscópica a *bypass* gástrico en Y de Roux como opción eficaz de tratamiento.

Palabras clave: *bypass* gástrico tipo SASI, *bypass* gástrico en Y de Roux, cirugía bariátrica, anastomosis gastroileal.

anastomosis. After failure of conservative management and clinical relapse, laparoscopic conversion to Roux-en-Y gastric bypass was performed, with favorable outcomes and adequate oral tolerance.

Conclusions: *this report documents the resolution of gastroileal stenosis following a SASI procedure through laparoscopic conversion to Roux-en-Y gastric bypass, as an effective therapeutic option.*

Keywords: *SASI gastric bypass, Roux-en-Y gastric bypass, bariatric surgery, gastroileal anastomosis.*

Abreviaturas:

CMR = cirugía bariátrica y metabólica revisional

OAGB = *bypass* gástrico de una anastomosis

RYGB = *bypass* gástrico en Y de Roux

SASI = *bypass* ileal con manga de anastomosis única

SG = gastrectomía en manga

INTRODUCCIÓN

El *bypass* ileal con manga de anastomosis única (SASI) es un procedimiento bariátrico que combina componentes restrictivos y de malabsortivos, preservando la continuidad intestinal con el objetivo de reducir el riesgo de deficiencias nutricionales. No obstante, debido a su introducción reciente y a la falta de estandarización, la evidencia disponible sobre su seguridad, resultados a largo plazo y manejo de complicaciones es limitada. En particular, las estrategias de cirugía de revisión tras SASI no se encuentran claramente definidas, y la literatura que aborda este escenario es escasa.

La cirugía bariátrica de revisión se asocia a una mayor complejidad técnica y a un incremento en la morbilidad perioperatoria. Aunque el *bypass* gástrico en Y de Roux es la técnica de revisión más frecuentemente utilizada, no se ha establecido el abordaje óptimo tras el fallo de un procedimiento SASI. Hasta la fecha, existen muy pocos casos reportados que describan la conversión de SASI como cirugía de revisión, lo que confiere especial interés a este caso clínico, al aportar evidencia sobre el manejo quirúrgico exitoso de una complicación significativa asociada a esta técnica emergente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente masculino de 58 años con antecedente de obesidad grado II, sometido a gastrectomía vertical en manga en 2012 (peso inicial de 118 kg, talla de 1.72 m, índice de masa corporal [IMC] de 39.8 kg/m²). En 2024 fue intervenido en otra institución mediante conversión de manga gástrica a *bypass* gástrico tipo SASI debido a reganancia ponderal y enfermedad por reflujo gastroesofágico (peso de 112 kg, IMC de 37.8 kg/m²).

Un mes posterior a la cirugía de conversión, acudió al Servicio de Urgencias por náuseas, vómitos y tolerancia únicamente a líquidos; se encontró clínicamente estable. Los estudios de laboratorio no mostraron datos de respuesta inflamatoria, con leucocitos de 10,100 células/ μ L e hipocalcemia leve de 3.3 mEq/L; la serie esofagogastroduodenal evidenció retraso importante del vaciamiento gástrico, con paso filiforme de contraste hidrosoluble a nivel de la anastomosis gastroileal (*Figura 1*). La tomografía abdominal con contraste intravenoso mostró estenosis del tercio distal de la manga gástrica a nivel del antro, así como presencia de material quirúrgico en la anastomosis gastroileal (*Figura 2*).

Durante la hospitalización se realizó endoscopia digestiva alta, en la que se observó una estenosis prepilórica de 9.2 mm que no permitió el paso del gastroscopio (*Figura 3*). Con base en el análisis de los estudios de imagen y los hallazgos endoscópicos, se concluyó que el procedimiento previamente realizado correspondió a un *bypass* gástrico tipo SASI, situación que el paciente desconocía hasta ese momento. Se inició manejo conservador con reposición hidroelectrolítica, procinéticos y progresión de la dieta a papillas, lo que permitió una mejoría clínica; fue egresado una semana después.

Sin embargo, un mes más tarde reingresó al Servicio de Urgencias por epigastralgia e intolerancia a los alimentos picados. El caso fue valorado en sesión multidisciplinaria del comité para el tratamiento de la obesidad grave, en la que se decidió realizar conversión laparoscópica a *bypass* gástrico en Y de Roux estándar. Durante el transoperatorio, se realizó el desmantelamiento de la estenosis gastroileal mediante engrapadora Endo GIA (*Figura 4*). Posteriormente, con técnica simplificada, se configuró el *pouch* gástrico utilizando una sonda de 36 Fr; se realizó la gastroyeyunoanastomosis mecánica, dejando un asa biliopancreática de 100 cm y, posteriormente, se efectuó la yeyunoyeyunoanastomosis mecánica con un asa alimentaria de 100 cm (*Figura 5*).

El paciente presentó adecuada evolución posoperatoria, con buena tolerancia a la vía oral. A los seis meses de seguimiento, el peso reportado fue de 97 kg, con un IMC de 32.7 kg/m² y resolución del reflujo gastroesofágico.

DISCUSIÓN

La cirugía bariátrica ha demostrado ser el tratamiento más eficaz para ciertos tipos de obesidad, por delante del tratamiento médico y conservador, además de mejorar comorbilidades como la diabetes tipo 2, la hipertensión, la dislipidemia, los problemas óseos, musculares y la apnea del sueño.¹

Con el aumento previsto de la prevalencia de la obesidad, persiste la necesidad de la cirugía bariátrica para el tratamiento duradero de esta enfermedad y sus comorbilidades; a medida que crece la población posoperada, un subgrupo necesitará cirugía de revisión para el manejo de la recurrencia o la falta de respuesta al peso.²

Las técnicas bariátricas primarias ya han puesto de manifiesto sus resultados a corto, mediano y, muchas de ellas, también a largo plazo; su recorrido ha permitido analizar las debilidades y amenazas, además de las bondades de estos procedimientos, haciéndose necesaria en ocasiones la indicación de una segunda cirugía o también llamada genéricamente como cirugía bariátrica revisional.³

La cirugía bariátrica y metabólica revisional (CMR) presenta desafíos únicos para abordar el fracaso en la pérdida de peso o las complicaciones derivadas de los procedimientos bariátricos iniciales.³

Existe una falta de evidencia sobre el tratamiento de algunas afecciones, como el manejo de complicaciones, la pérdida de peso inicial subóptima, el aumento de peso recurrente o el empeoramiento de una complicación significativa de la obesidad tras un *bypass* gástrico de una anastomosis.⁴

Es importante revisar la nomenclatura y definir los tipos de cirugía de revisión; una cirugía de conversión es aquella

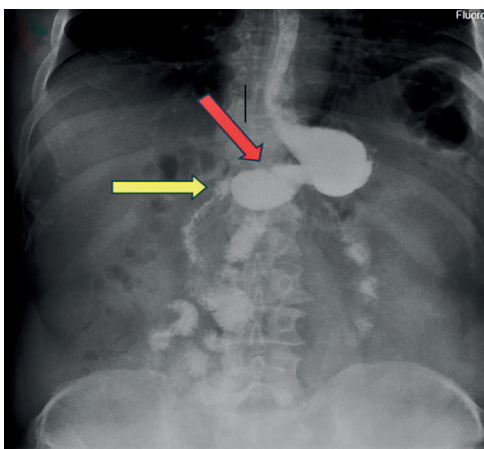


Figura 1: Serie esofagogastrroduodenal (SEGD). Se observan zonas de estenosis en sitio de transición entre segmento medio y distal de remanente gástrico (flecha en rojo) y sitio de anastomosis en anastomosis gastrointestinal (flecha amarilla).

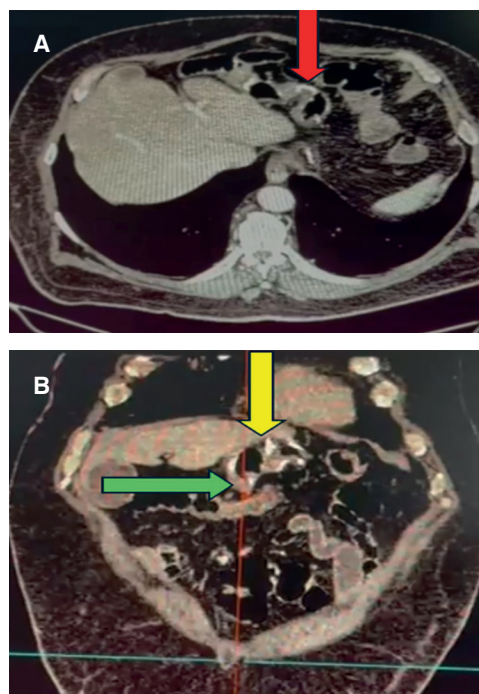


Figura 2: Tomografía de abdomen con contraste IV. **A)** Corte axial con zonas de hiperdensidad asociadas a material quirúrgico que condiciona estenosis en sitio de transición entre segmento medio y distal de remanente gástrico (flecha roja, flecha amarilla). **B)** Corte coronal; se observa anastomosis gastroileal (flecha verde).

que cambiará anatómicamente el procedimiento índice a un tipo diferente de procedimiento bariátrico, por ejemplo, convertir una gastrectomía en manga (SG) a un *bypass* gástrico en Y de Roux (RYGB).

Una cirugía correctiva repara las complicaciones o el efecto incompleto del tratamiento de un procedimiento bariátrico previo sin necesidad de recurrir a otro tipo de procedimiento; esto incluye la reparación quirúrgica de fugas, fístulas, estenosis, etcétera. En cambio, una cirugía de reversión restaura la anatomía original del paciente.⁵

La cirugía de conversión provoca una reducción de peso que no supera a la pérdida alcanzada tras la primera cirugía, pero, a diferencia de ésta, logra estabilizar el peso a lo largo del tiempo. La tasa de morbilidad perioperatoria es aceptable y justificaría su aplicación, a pesar de que el impacto en las comorbilidades sea limitado.⁶

Los procedimientos bariátricos que se realizan con mayor frecuencia incluyen el RYGB, la SG y el *bypass* gástrico de una anastomosis (OAGB), a los procedimientos más comunes realizados en todo el mundo les siguen los más novedosos.^{4,7}

En 2016, Mahdy y su equipo introdujeron una modificación del procedimiento original de Santoro. En lugar de

una anastomosis en Y de Roux, realizaron una anastomosis simple en asa entre el antro gástrico y el íleon, al reducir el número de anastomosis de dos (de Roux) a una (de asa). El procedimiento demostró ser más seguro y técnicamente menos complejo.⁸ El mecanismo de bipartición se



Figura 3: Endoscopia, en donde se observa estenosis de 9.2 mm pre-pilórica (flecha amarilla) en sitio de anastomosis, la cual no permitió el paso del gastroscopio.

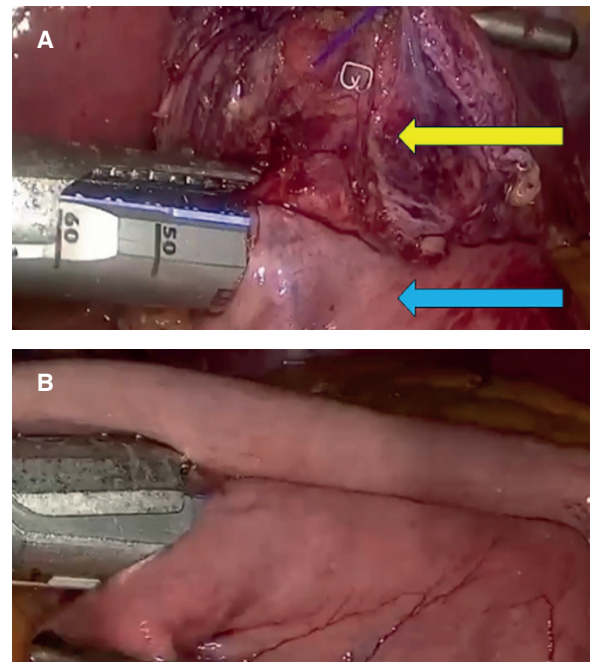


Figura 5: Laparoscopia. **A)** Se observa la anastomosis gastroyeyunal mecánica con Endo GIA, *pouch* gástrico (flecha amarilla) y yeyuno (flecha azul). **B)** Yeyunoyeyunoanastomosis mecánica.

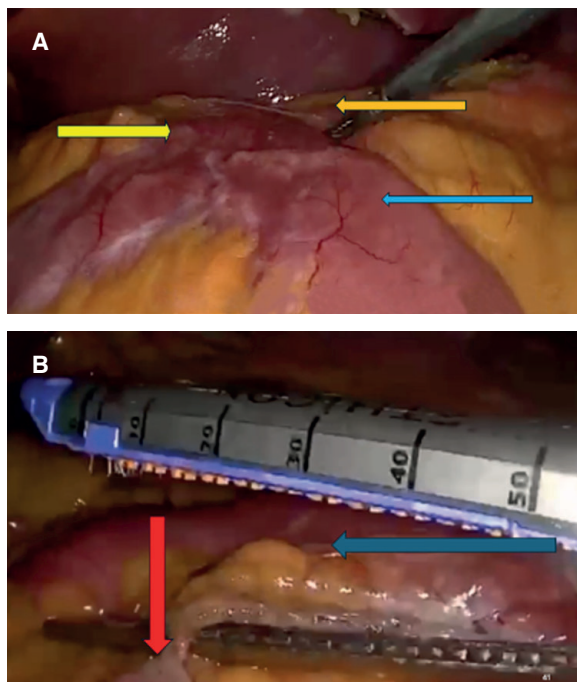


Figura 4: Laparoscopia, en donde se observa: **A)** anastomosis gastroileal (flecha amarilla), estómago remanente (flecha naranja) y el íleon (flecha azul). **B)** Desmantelamiento de la anastomosis gastroileal con engrapadora Endo GIA; se puede observar el remanente gástrico (flecha azul) y el íleon (flecha roja).

conserva, al tiempo que se simplifica el procedimiento a una sola anastomosis.⁷

Según varios estudios a corto plazo, el *bypass* ileal en manga con anastomosis única (SASI) ofrece una pérdida de peso similar a la del RYGB, con menos complicaciones y una mejor reducción/resolución de la comorbilidad. En la literatura no existen datos sobre la efectividad de esta operación a largo plazo.⁹

Dado que es una técnica que aún no está estandarizada, consideramos que estos casos deben ser operados en centros donde exista un equipo multidisciplinario con experiencia en el manejo de posibles complicaciones, con un seguimiento estrecho por parte de cirujanos y endocrinólogos.¹

El *bypass* SASI es una nueva cirugía bariátrica que corresponde a una adaptación del abordaje de Santoro, consistente en una gastrectomía en manga (SG) seguida de una gastroileostomía en asa.¹⁰

La modificación del tránsito intestinal cambia la concentración de hormonas orexigénicas y anorexigénicas. Inducir la sensación de saciedad y reducir los efectos negativos de la malabsorción son la esencia de los procedimientos bariátricos modernos. Este mecanismo es el principio del *bypass* SASI.¹¹

La ausencia de prótesis o segmentos excluidos, el acceso endoscópico completo y la fácil viabilidad se asocian con una excelente pérdida de peso y resolución de la diabetes.¹²

Si bien la doble salida para el contenido gástrico permite el acceso duodenal, puede ser un obstáculo para la estandarización de los cuidados postoperatorios. La doble salida no garantiza la ausencia de desnutrición.¹¹

Existe una falta de evidencia sobre el tratamiento de algunas afecciones, como el manejo de complicaciones, la pérdida de peso inicial subóptima, el aumento de peso recurrente o el empeoramiento de una complicación significativa de la obesidad tras un *bypass* gástrico de una anastomosis.⁴

Abordaje de la CMR: evaluación preoperatoria

Los pacientes sometidos a la cirugía bariátrica y metabólica revisional (CMR) deben recibir una evaluación multidisciplinaria.¹² En nuestro caso, todos los pacientes se someten a esta evaluación por parte del equipo de cirugía bariátrica, que incluye evaluaciones nutricionales, conductuales, así como una evaluación por clínica de obesidad.

La evaluación preoperatoria también debe incluir una serie gastrointestinal superior contrastada y una endoscopia gastrointestinal superior para caracterizar mejor la anatomía y detectar cualquier posible anomalía.³

En este caso, dado que el paciente no conocía con exactitud el procedimiento de revisión previo, se decidió iniciar con los estudios de imagen necesarios para definir la anatomía quirúrgica. Se realizaron estudios bioquímicos, en los cuales no se encontraron datos indicativos de respuesta inflamatoria sistémica; se detectó una hipocalcemia leve, la cual se manejó con reposición hidroelectrolítica, y se efectuó una serie esofagogastroduodenal, donde se observó una estenosis en el tercio distal de la manga gástrica, así como paso filiforme del material de contraste a través del sitio de anastomosis gastroileal. En la tomografía axial computarizada de abdomen con contraste IV se observó una disminución del calibre de la manga gástrica a nivel de antro; posteriormente, en la endoscopia, se visualizó la anastomosis gastroileal con una estenosis de 9.2 mm, la cual no fue posible dilatar en el procedimiento.

Elección quirúrgica

La elección del procedimiento de revisión depende principalmente del procedimiento inicial realizado, las complicaciones anatómicas y las principales quejas del paciente. Se prefieren las técnicas mínimamente invasivas a la cirugía abierta, debido a la menor morbilidad y mortalidad.³

En este caso, el paciente presentaba como síntomas principales disfagia y dolor epigástrico posprandial. La causa identificada fue una estenosis en la anastomosis gastroileal, localizada cerca de la cisura angularis, lo que también generaba una estenosis de la manga a nivel del

antro gástrico. Por este motivo, se realizó una cirugía de conversión, desmantelando la anastomosis gastroileal con una engrapadora Endo GIA para separar el remanente gástrico del íleon; posteriormente se efectuó un *bypass* gástrico en Y de Roux utilizando una técnica simplificada.

El *bypass* SASI muestra resultados prometedores en términos de pérdida de peso y mejora de la diabetes. Sin embargo, dado que es un procedimiento relativamente nuevo con estudios limitados disponibles, actualmente se considera un enfoque de investigación y no se ha establecido ni evaluado por completo.¹³

CONCLUSIONES

La estenosis de la anastomosis gastroileal después de un *bypass* gástrico tipo SASI es una complicación poco reportada pero clínicamente relevante, que puede manifestarse a través de la intolerancia a los alimentos. En el caso presentado, la conversión a *bypass* gástrico en Y de Roux laparoscópico permitió la resolución definitiva de la sintomatología y del reflujo gastroesofágico, con adecuada evolución nutricional y pérdida de peso sostenida a mediano plazo. Este caso resalta la importancia del seguimiento multidisciplinario y de una adecuada intervención quirúrgica, especialmente en procedimientos menos estandarizados como el *bypass* SASI. Además, destaca la utilidad de los estudios de imagen y la endoscopia en la identificación precisa de la anatomía quirúrgica previa, lo cual fue clave para planear un abordaje quirúrgico laparoscópico exitoso.

REFERENCIAS

1. Pereira Cunill JL, Piñar Gutiérrez A, Martínez Ortega AJ, Serrano Aguayo P, García Luna PP. Medium-term complications in patients undergoing gastroileal bypass. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2022; 69: 240-246. doi: 10.1016/j.endinu.2021.04.011.
2. Briggs E, Kumar S, Palazzo F, Tatarian T. Revisional bariatric surgery for weight recurrence or surgical nonresponse. *Ann Laparosc Endosc Surg.* 2023; 8: 25. doi: 10.21037/ales-23-15
3. Evans LA, Castillo-Larios R, Cornejo J, Elli EF. Challenges of revisional metabolic and bariatric surgery: a comprehensive guide to unraveling the complexities and solutions of revisional bariatric procedures. *J Clin Med.* 2024; 13: 3104. doi: 10.3390/jcm13113104.
4. Kermansaravi M, Chiappetta S, Parmar C, Carbajo MA, Musella M, Chevallier JM et al. Revision/conversion surgeries after one anastomosis gastric bypass-an experts' modified Delphi consensus. *Obes Surg.* 2024; 34: 2399-2410. doi: 10.1007/s11695-024-07345-8.
5. Lyons W, Omar M, Tholey R, Tatarian T. Revisional bariatric surgery: a review of workup and management of common complications after bariatric surgery. *Mini-invasive Surg.* 2022; 6: 11. doi: 10.20517/2574-1225.2021.140.

6. Mora Oliver I, Cassinello Fernández N, Alfonso Ballester R, Cuenca Ramírez MD, Ortega Serrano J. Revisional bariatric surgery due to failure of the initial technique: 25 years of experience in a specialized Unit of Obesity Surgery in Spain. *Cir Esp (Engl Ed)*. 2019; 97: 568-574. doi: 10.1016/j.ciresp.2019.07.012.
7. Dowgiallo-Gornowicz N, Waczynski K, Waczynska K, Lech P. Single anastomosis sleeve ileal (SASI) bypass as a primary and revisional procedure: a single-centre experience. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne*. 2023; 18: 510-515. doi: 10.5114/wiitm.2023.128021.
8. Emile SH, Mahdy T, Schou C, Kramer M, Shikora S. Systematic review of the outcome of single-anastomosis sleeve ileal (SASI) bypass in treatment of morbid obesity with proportion meta-analysis of improvement in diabetes mellitus. *Int J Surg*. 2021; 92: 106024. doi: 10.1016/j.ijssu.2021.106024.
9. Aghajani E, Schou C, Gislason H, Nergaard BJ. Mid-term outcomes after single anastomosis sleeve ileal (SASI) bypass in treatment of morbid obesity. *Surg Endosc*. 2023; 37: 6220-6227. doi: 10.1007/s00464-023-10112-y.
10. Oliveira CR, Santos-Sousa H, Costa MP, Amorim-Cruz F, Bouca-Machado R, Nogueiro J et al. Efficiency and safety of single anastomosis sleeve ileal (SASI) bypass in the treatment of obesity and associated comorbidities: a systematic review and meta-analysis. *Langenbecks Arch Surg*. 2024; 409: 221. doi: 10.1007/s00423-024-03413-w.
11. Khalaf M, Hamed H. Single-anastomosis sleeve ileal (SASI) bypass: hopes and concerns after a two-year follow-up. *Obes Surg*. 2021; 31: 667-674. doi:10.1007/s11695-020-04945-y.
12. Mahdy T, Al Wahedi A, Schou C. Efficacy of single anastomosis sleeve ileal (SASI) bypass for type-2 diabetic morbid obese patients: Gastric bipartition, a novel metabolic surgery procedure: A retrospective cohort study. *Int J Surg*. 2016; 34: 28-34.
13. Yu H, Qian L, Yan Y, Yang Q, Shan X, Chen Y et al. Analysis of the efficacy of sleeve gastrectomy, one-anastomosis gastric bypass, and single-anastomosis sleeve ileal bypass in the treatment of metabolic syndrome. *Sci Rep*. 2024; 14: 5069. doi: 10.1038/s41598-024-54949-2.