



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-465 - ICTERICIA POSTOPERATORIA TRAS BY-PASS GÁSTRICO POR EDEMA DE PIE DE ASA

I. Oller, J. Ruiz-Tovar, L. Zubiaga, M. Díez, M.A. Gómez, L. Armañanzas, I. Galindo y R. Calpena

Hospital General Universitario de Elche, Elche.

Resumen

Introducción: Las estenosis de las anastomosis son complicaciones frecuentes tras el bypass gástrico. La más frecuente es la estenosis de la anastomosis gastroyeyunal, aunque también puede ocurrir a nivel del pie de asa. Desde el punto de vista cronológico, si la dificultad al tránsito intestinal aparece en las primeras seis semanas, la estenosis puede ser secundaria a edema de la anastomosis o a su obstrucción por algún coágulo retenido. El edema anastomótico puede resolverse espontáneamente en hasta dos semanas. Un inhibidor de la bomba de protones (IBP) en dosis de 80 mg/día, antiinflamatorios no-esteroides y/o corticoides o antieméticos por vía parenteral, son útiles en este proceso.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente, de 48 años, sometida a un by-pass gástrico laparoscópico como técnica para tratamiento de la obesidad mórbida. Al 3^{er} día postoperatorio, la paciente muestra ictericia mucocutánea leve, evidenciando en una analítica una bilirrubina total de 4 mg/dl. La paciente refiere historia previa de tinte icterico asociada a la fiebre, por lo que se justifica la ictericia inicialmente como síndrome de Gilbert. Al día siguiente la ictericia mucocutánea aumenta, evidenciándose niveles de bilirrubina total de 7,6 mg/dl, a expensas de bilirrubina directa (4,6 mg/dl) y elevación de transaminasas y enzimas de colestasis. Se solicita TC abdominal con contraste oral e iv, que muestra pie de asa con edema de anastomosis y dilatación retrógrada del asa biliopancreática y del remanente gástrico. Se inicia tratamiento con metilprednisolona a dosis de 1 mg/Kg/día durante 3 días con pauta descendente posterior. Al 3^{er} día, la ictericia mucocutánea había desaparecido con valores de bilirrubina de 1,9 mg/dl y descenso de enzimas de colestasis. La paciente fue dada de alta al 12^o día poscirugía.

Discusión: Desde el punto de vista cronológico, si la dificultad al tránsito intestinal aparece en las primeras seis semanas, la estenosis puede ser secundaria a edema de la anastomosis o a su obstrucción por algún coágulo retenido. Entre las seis y ocho semanas se deben considerar factores como la retracción cicatricial, la tensión de la anastomosis y otros, puestos de manifiesto por el cambio de textura de la alimentación en esa fase (de puré a sólido). A partir de las ocho semanas, la úlcera de neoboca, facilitada por fármacos antiinflamatorios no-esteroides, alcohol o tabaco, se suma a la isquemia de la sutura y a la retracción cicatricial. A nivel de la anastomosis del pie de asa de la Y de Roux, el estrechamiento se debe, generalmente, a un defecto técnico durante su construcción. Esta anastomosis puede soportar un grado importante de estenosis, pues a su través sólo fluye líquido (jugo gástrico, bilis y jugo pancreático). Es la causa más frecuente de obstrucción parcial del intestino delgado temprano. La tomografía axial computarizada es la herramienta diagnóstica más fiable y la cirugía el tratamiento más apropiado. En resumen, la estenosis es una complicación relativamente frecuente del bypass gástrico. Las causas de estenosis de la anastomosis son múltiples, siendo las más frecuentes las de la anastomosis gastroyeyunal.