



P-400 - FÍSTULA GASTRO-GÁSTRICA COMO COMPLICACIÓN DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Pardo Ortiz, María; Fernández Balaguer, Pedro; Gordillo Duelt, María José; Rubio Capote, Laura; Hernández Sánchez, Adrián; Marco Continente, Cristina; López Farias, Alberto; Nieto Soler, Antonio Adolfo

Hospital de Mérida, Mérida.

Resumen

Objetivos: Presentar el caso clínico de una mujer con antecedente de cirugía bariátrica que presenta una fistula gastro-gástrica como complicación tardía de la misma. Se presenta un caso clínico acompañado de imágenes radiológicas de una paciente que presenta dolor abdominal tipo cólico de meses de evolución intervenida años antes de cirugía bariátrica. En los estudios preoperatorios se diagnostica de úlcera de boca anastomótica, fistula gastro-gástrica y reflujo gastroesofágico tratados exitosamente mediante cirugía de revisión.

Caso clínico: Paciente de 47 años intervenida de cirugía bariátrica catorce años antes (desconociéndose técnica realizada) valorada en consultas de cirugía por dolor abdominal recurrente y episodios de hemorragia digestiva alta por úlcera de boca anastomótica. Pendiente de cirugía de revisión, acude al Servicio de Urgencias por intensificación del dolor abdominal acompañado de náuseas y vómitos de repetición, por lo que ingresa en el Servicio de Cirugía General para tratamiento del dolor y completar estudio. Se realiza tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen que no puede descartar una hernia interna, aunque no la visualiza claramente. En el tránsito esofagogastricoduodenal (EGD) se identifica claramente una comunicación entre el reservorio y el remante gástrico junto con un marcado reflujo gastroesofágico. Se repite nueva endoscopia digestiva alta (EDA) en la que llegan a explorar tanto el antró gástrico como las primeras porciones duodenales. Con los diagnósticos previos y dada la necesidad de analgesia intravenosa en perfusión continua para tratamiento del dolor, se decide intervención quirúrgica programada durante el ingreso. Durante la cirugía de revisión se identifica un bypass gástrico con reconstrucción en Y de Roux transmesocólico con úlcera en anastomosis gastroyeyunal y fistula gastro-gástrica. Se desmonta el bypass, se realiza gastrectomía subtotal conservando antró y píloro, se confecciona tubular gástrico para realización de nueva anastomosis gastroyeyunal y crurorrafia. Presenta buena evolución, siendo dada de alta al sexto día postoperatorio con EGD al mes de la cirugía en el que se identifica un adecuado paso del contraste sin fugas ni fistulas y sin apreciarse reflujo.

Conclusiones: La fistula gastro-gástrica es una complicación rara tras cirugía bariátrica. Suele presentarse de manera tardía en el postoperatorio de cualquier tipo de bypass que deje un remanente gástrico. Debe sospecharse en aquellos pacientes que presentan reganancia ponderal. Aunque menos frecuente, también puede presentarse con clínica de reflujo o de úlcera marginal con dolor epigástrico acompañado de anemia, náuseas y vómitos al permitir el paso de ácido desde el estómago excluido al reservorio gástrico. Puede estar relacionada con errores técnicos intraoperatorios, fistulas, úlceras marginales, erosiones por cuerpos extraños o como consecuencia de la tendencia natural del organismo a restablecer la continuidad gástrica natural. La

comunicación entre el reservorio y el remanente gástrico puede demostrarse mediante la realización de un EGD o un TAC con contrate oral así como con la realización de una endoscopia digestiva alta. Aunque se han descrito técnicas de sutura laparoscópica para el cierre de pequeñas comunicaciones, el tratamiento de elección de esta patología sigue siendo quirúrgico, asegurándose el cierre y resección del trayecto fistuloso para evitar futuras recidivas.