



P-420 - SÍNDROME DE CANDY CANE TRAS BYPASS GÁSTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Caiña Ruiz, Rubén¹; Magadán Álvarez, Cristina²; López Useros, Antonio¹; Gutiérrez Fernández, Gonzalo¹; Valbuena Jabares, Víctor¹; Toledo Martínez, Enrique¹; Lainez Escribano, Mario¹; Rodríguez Sanjuán, Juan Carlos¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander; ²Hospital San Agustín, Aviles.

Resumen

Introducción: El incremento del número de cirugías bariátricas ha conllevado a que la morbitmortalidad y las complicaciones postoperatorias derivadas de estos procedimientos cobren especial importancia. Actualmente, el bypass gástrico (BPG) es una de las técnicas más utilizadas, probablemente por su elevada efectividad para perder peso y resolver comorbilidades asociadas a la obesidad, así como por su baja tasa de complicaciones postoperatorias tardías lo que, por otro lado, conlleva a que el manejo de éstas no esté claramente sistematizado.

Caso clínico: Mujer de 47 años con antecedente de BPG abierto hace 14 años que consulta por reganancia ponderal, dolor e hipoglucemias postprandiales. Se realiza tránsito esófago-gastro-duodenal y gastroscopia que no evidencian patología. Sin embargo, ante la sospecha de síndrome de Candy Cane se realiza cirugía de revisión donde se observa un asa ciega yeyunal de 10 cm de longitud y un asa biliar de unos 50-60 cm. Se resecciona el Candy Cane y se alarga el asa biliar a expensas del asa común. La paciente es dada de alta al segundo día postoperatorio sin complicaciones. En el seguimiento se evidencia adecuada pérdida de peso, normalización de las cifras de glucemia y ausencia de dolor.

Discusión: El síndrome de Candy Cane es una complicación tardía infrecuente tras un BPG. Se debe a una excesiva longitud del asa aferente, en forma de bastón de caramel, que puede comprimir el asa alimentaria u ocluir la anastomosis gastroyeyunal ocasionando un escaso drenaje de los alimentos, lo que a su vez puede originar halitosis o reflujo gastroesofágico. Debido a la poca especificidad de la sintomatología de este síndrome, una elevada sospecha clínica es imprescindible. Normalmente suele debutar con dolor abdominal posprandial asociado a náuseas, vómitos y reganancia ponderal. El tránsito esófago-gastro-duodenal y la endoscopia constituyen los métodos diagnósticos más fiables. El tratamiento quirúrgico es mandatorio; por un lado, para confirmar los hallazgos y por otro lado para reseccionar el exceso de asa alimentaria. Además, en la mayoría de los casos asociados a reflujo gastroesofágico, éste se soluciona tras la cirugía de revisión. A la hora de prevenir el síndrome de Candy Cane, dado que la principal causa que lo origina es una excesiva longitud del asa ciega aferente, se debe intentar minimizar la longitud de ésta y colocarla a la derecha, para favorecer su vaciamiento por gravedad y, descartar problemas distales que condicione una dilatación retrógrada. Por lo tanto, a pesar de que tras un BPG las principales complicaciones son las que ocurren precozmente, como las fugas anastomóticas o las obstrucciones intestinales, no hay que olvidarse de aquellas que ocurren de una forma tardía, como el síndrome de Candy Cane, cuyo manejo es eminentemente quirúrgico.