



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**

Volumen 91, Especial Congreso 2, Octubre 2013

XIX Reunión Nacional de Cirugía

Madrid, 25-26 de octubre de 2013



www.elsevier.es/cirugia

P-335 - ESTENOSIS DE LA ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL. EXPERIENCIA EN 300 BYPASS GÁSTRICOS

M.L. García García, R. Lirón Ruiz, J.A. Torralba Martínez, J.G. Martín Lorenzo, J.A. García Marín, M.A. Verdú Fernández, M.A. Jiménez Ballester y J.L. Aguayo Albasini

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Objetivos: La estenosis de la anastomosis gastroyeyunal (G-Y), representa la complicación más frecuente en la cirugía de derivación gástrica por laparoscópica, llegando en algunas series a alcanzar el 15%. El objetivo de este estudio es presentar nuestra incidencia de estenosis en la anastomosis GY, tras bypass gástrico laparoscópico, determinando el curso de su presentación y la respuesta a la dilatación endoscópica.

Métodos: Desde enero 2004 a diciembre del 2012 se han realizado 280bypass gástricos por la laparoscopia, según la técnica de Wittgrove modificada. La anastomosis gastroyeyunal se practica con material de autosutura tipo CEAA nº 21, término-lateral y tras comprobar la estanqueidad anastomótica se dan dos o tres puntos tipo Hoffmeister a cada lado y en el centro de la anastomosis. En todos los pacientes con intolerancia persistente a la alimentación, se realizó tránsito baritado y/o gastroscopia. Cuando se evidencio estenosis gastroyeyunal (diámetro < 10 mm), se procedió a dilatación neumática endoscópica (dilatación máxima 1,5 cm).

Resultados: En 20 casos (7,1%) se desarrolló una estenosis gastroyeyunal, siendo conseguido en 4 de ellos el diagnóstico inicial con tránsito baritado. Todos los casos fueron confirmados por gastroscopia. 5 pacientes tenían antecedentes de hemorragia digestiva alta que precisaron esclerosis endoscópica de la línea de sutura de la anastomosis GY. Todos los casos se han resuelto mediante dilatación endoscópica, precisando en 1 caso dos sesiones de dilatación, en 1 caso tres sesiones y el resto una. No se han detectado re-estenosis. Uno de los pacientes a los días de la segunda dilatación, sufrió una perforación de úlcera post-anastomótica.

Conclusiones: El cuadro clínico se caracteriza por intolerancia oral progresiva y vómitos, suele presentarse antes de los dos meses del postoperatorio. Su fisiopatología no es del todo conocida. Los factores que se han involucrado incluyen errores de técnica, fugas subclínicas de la anastomosis, isquemia por alteración vascular del asa de yeyuno, tensión en la anastomosis o retraso en la cicatrización tras úlcera marginal. La incidencia es mayor con sutura circular de 21 mm. El diagnóstico es siempre endoscópico, cuando se objetiva un diámetro anastomótico < 10 mm o cuando el endoscopio no puede franquearla. El tránsito esofagogástrico es útil como primer estudio de screening ante síntomas compatibles. El tratamiento endoscópico es de primera elección y consiste en dilatar la anastomosis. Se recomienda que la dilatación sea progresiva y dilatar a diámetro > 18 mm por el riesgo de perforación (riesgo aproximado del 2%) y la mayor parte pueden manejarse sin tratamiento quirúrgico.