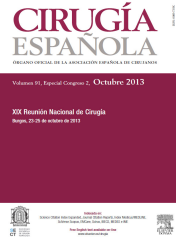




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-336 - HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA EN 8 AÑOS

M.L. García García, J.A. Torralba Martínez, R. Lirón Ruiz, 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 hemorragia digestiva alta en las primeras 24-48 horas, tras realizar un bypass gástrico en Y de Roux, presenta una incidencia que oscila entre 2-4%. No es fácil precisar la causa y evolución del sangrado, por lo que en la mayoría de casos se requiere de una gastroscopia en el postoperatorio inmediato que permita localizar y tratar el origen del sangrado. El objetivo de este estudio es presentar nuestra incidencia de hemorragia digestiva alta postoperatoria, su forma de presentación y su manejo en 300 pacientes sometidos a cirugía bariátrica laparoscópica.

Métodos: Desde enero 2004 a diciembre del 2012 se han realizado de manera consecutiva 300 cirugías bariátricas por laparoscopia. En 280 pacientes se practicó bypass gástrico según la técnica de Wittgrove modificada. La anastomosis gastroyeyunal se realizó con material de autosutura tipo CEAA nº 21 término-lateral y tras comprobar la estanqueidad anastomótica se dieron dos puntos de válvula tipo Hoffmeister a cada lado de la anastomosis. En 20 pacientes se practicó gastrectomía tubular (Sleeve).

Resultados: Aparecieron 27 casos de HDA tratados con: cirugía directa en un caso por inestabilidad hemodinámica en el postoperatorio inmediato, a 13 se les realizó gastroscopia diagnóstica-terapéutica, 10 de ellos, apareció de forma precoz entre el 1º y 6º día, en forma de hematemesis o salida de sangre por sonda nasogástrica, cuyo origen fue sangrado por la línea de sutura de la anastomosis GY y en 3 de forma tardía, a los 15-20 días, siendo su origen una úlcera en la boca anastomótica. A todos ellos se les realizó esclerosis con adrenalina, además en 4 casos se colocaron clips y en uno, se realizó coagulación con argón. En 6 pacientes hubo de transfundirse concentrados de hemáties. Dos de ellos sufrieron recidiva del sangrado y requirieron de nueva gastroscopia terapéutica. En 13 pacientes el manejo fue de forma conservadora. De todos ellos y con posterioridad, 5 pacientes desarrollaron estenosis de la anastomosis GY cinco pacientes.

Conclusiones: La hemorragia digestiva alta se manifiesta como hematemesis o melenas. Está relacionada la técnica empleada para la realización de anastomosis, por lo que en algunos estudios se recomienda el refuerzo de suturas. No es fácil precisar, con exactitud, el punto origen del sangrado. La falta de respuesta adecuada al tratamiento médico obliga a realizar algún procedimiento que permita tener una localización y causa del lugar del sangrado y planificar su tratamiento. Habitualmente se atribuye como sitio probable de sangrado la línea de sutura mecánica de la entero-entero anastomosis de la Y de Roux. Existen sin embargo muchos lugares probable origen del sangrado en estos casos. Una endoscopia permite realizar una evaluación diagnóstica y tratamiento en casos de sangrado de la bolsa gástrica o de la anastomosis gastroyeyunal. Sin embargo, no está exenta de riesgos en el postoperatorio inmediato, dada la sutura reciente de la neobolsa

gástrica, ni a mediano-largo plazo, como la estenosis gastroyeyunal. A pesar de ello, el tratamiento conservador resuelve la mayoría de sangrados agudos, siendo rara la necesidad de reintervención.