



P-445 - TRATAMIENTO DE PERFORACIÓN DE ÚLCERA MARGINAL Y FÍSTULA GASTROGÁSTRICA TRAS BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Doménech, Estefanía; Enríquez, Pablo; Rey, Mónica; Ortiz, Sergio; Estrada, José Luís; Abad, Ángel; Van der Hofstadt, Carlos; Lluís, Félix

Hospital General Universitario, Alicante.

Resumen

Introducción: La úlcera marginal (UM) de la anastomosis gastroyeyunal tras un bypass gástrico laparoscópico (BPG), es una complicación significativa con una incidencia que varía entre 0,6-16%. La perforación de la misma puede ocurrir hasta en un 1% de los casos. La fístula gastrogástrica (FGG) secundaria a una úlcera marginal puede aparecer. Su relación fue descrita por McLean en 1997, siendo difícil su diagnóstico por la inespecificidad de sus síntomas.

Caso clínico: Varón de 52 años. Antecedentes de DM tipo 2, HTA, esteatosis hepática, tabaquismo activo y exalcoholismo. Presenta obesidad grado III (128 kg, IMC 46). Se presenta en el comité de la Unidad Multidisciplinar de Atención Integral al paciente obeso, decidiéndose BPG. El postoperatorio cursa sin incidencias, siendo alta al 5º día. El paciente presenta una evolución adecuada los primeros 6 meses, con un porcentaje de sobrepeso perdido del 78%. Posteriormente abandona el seguimiento. 4 años tras la intervención, acude a urgencias con dolor epigástrico intenso y con sospecha por TAC de perforación de víscera hueca se decide intervención quirúrgica. Mediante laparoscopia, se realiza sutura de perforación de úlcera marginal a nivel de anastomosis gastroyeyunal. El postoperatorio cursa con varias complicaciones que prolongan su estancia en la unidad de reanimación: neumonía nosocomial, abscesos intraabdominales que se resuelven mediante drenaje percutáneo por radiología intervencionista y la presencia de una fístula gastrogástrica constatada mediante tránsito gastrointestinal con contraste y endoscopia. Se inicia tratamiento conservador con inhibidores de la bomba de protones, pero ante la mala tolerancia del paciente, con dolor epigástrico constante y vómitos, se decide intervención quirúrgica, realizando resección de antigua anastomosis gastroyeyunal, cierre de orificio fistuloso de estómago excluido y nueva anastomosis. El postoperatorio del paciente cursó con normalidad, siendo alta al 7º día y con un nuevo tránsito al mes en el que no se evidencia fístula gastrogástrica.

Discusión: Nuestro paciente presentó una UM, con varias complicaciones secundarias a la misma, como son su perforación y una FGG cuyo tratamiento conservador no fue efectivo, precisando intervención quirúrgica por vía laparoscópica que, en este caso, resolvió el problema. No obstante, debido a su escasa frecuencia, no hay recomendaciones establecidas para su manejo.