



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-481 - FÍSTULA GASTRO-GÁSTRICA COMO CAUSA DE REGANANCIA PONDERAL TRAS BY PASS GÁSTRICO DE ANASTOMOSIS ÚNICA

Homs, Elisabet; Vives, Margarida; Muñoz, Andrés; Bartra, Èlia; Martínez, Pilar; Sabench, Fàtima; Blanco, Santiago; del Castillo, Daniel

Hospital Universitari Sant Joan, Reus.

### Resumen

**Objetivos:** El bypass gástrico de única anastomosis, también conocido como minigastric bypass es un tipo de bypass gástrico en el que se realiza una anastomosis gastroyeyunal en omega aproximadamente a 200 cm del ángulo de Treitz. Funcionalmente actúa como una técnica mixta con mayor componente malabsortivo que el bypass estándar. Puede presentar complicaciones, aunque según reporta la bibliografía, en menor grado que el Bypass convencional.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 41 años de edad, con obesidad mórbida grave (IMC 54 Kg/m<sup>2</sup>) y con antecedentes de artropatía degenerativa con intervención de prótesis total de cadera. Presenta una obesidad de años de evolución que no ha respondido a tratamiento médico ni farmacológico por lo que se interviene el año 2007 de cirugía bariátrica realizándose un mini bypass gástrico. Alcanza una pérdida ponderal de 60 Kg pero, tras un embarazo, se observa una reganancia ponderal progresiva. Consulta a la Unidad de Cirugía Bariátrica de nuestro centro con un IMC de 42,4 Kg/m<sup>2</sup> y se inicia estudio para valorar cirugía de revisión. Las pruebas de imagen (TEGD, TC con contraste oral y fibrogastroscopia) confirman la presencia de una fístula gastro-gástrica. Se realiza cirugía de revisión hallándose una fístula gastro-gástrica a nivel de la zona superior del fundus gástrico que es seccionada mediante endograpadora lineal. Se revisa la anastomosis gastroyeyunal y se comprueba la estanqueidad con azul de metileno. Postoperatoriamente la paciente inicia ingesta líquidos con buena tolerancia y se confirma mediante TEGD la ausencia de fístula y fugas presentando buen paso de contraste. La evolución a día de hoy es correcta (30 días poscirugía), a la espera de valorar la pérdida ponderal dentro de 6 meses.

**Discusión:** La fístula gastro-gástrica en el período postoperatorio de una derivación gástrica por laparoscopia es poco frecuente. Su etiología no está claramente definida y debe considerarse en pacientes con síntomas digestivos altos, úlceras de difícil manejo perianastomóticas y ante una pérdida insuficiente de peso o una reganancia del mismo. Para su diagnóstico es mandatoria la realización de un TEGD y una fibrogastroscopia. Su tratamiento es siempre quirúrgico mediante la resección de la fístula y cierre de cavidad.