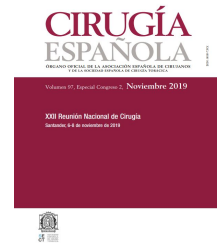




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-678 - PERFORACIÓN DUODENAL TRAS *BYPASS* GÁSTRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

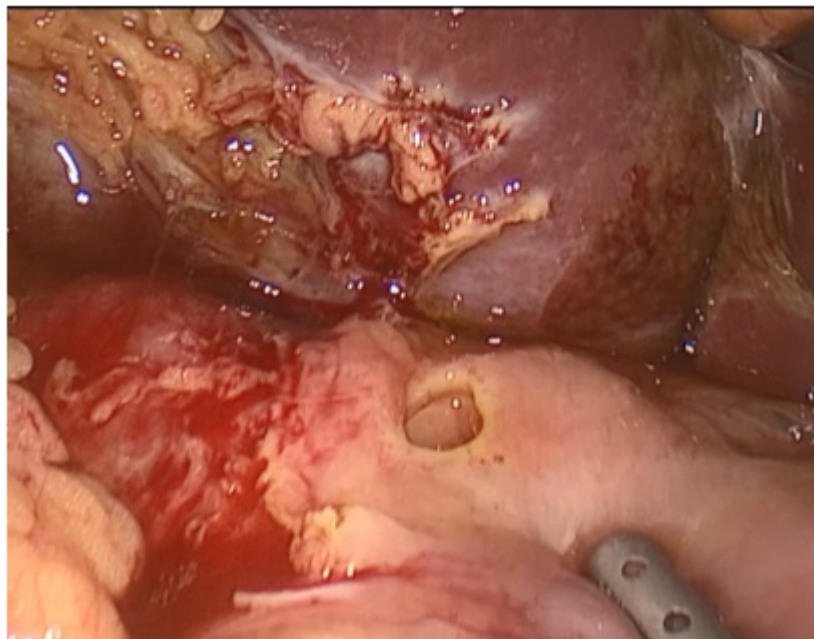
Andrés Imaz, Ainhoa; Velaz Pardo, Leyre; Lopes Moreira, Claudia; Eizaguirre Letamendia, Emma; Martí Gelonch, Laura; Asensio, José Ignacio; Enríquez-Navascués, José María

Hospital Donostia, San Sebastián.

Resumen

Introducción: A propósito de un caso clínico diagnosticado en nuestro centro, realizamos una revisión de la literatura acerca de la perforación duodenal en pacientes con antecedente de BPG.

Caso clínico: Mujer de 39 años que consulta en urgencias por dolor epigástrico. Como antecedentes a destacar, episodio de pancreatitis de origen biliar (2013) y obesidad importante a pesar de *bypass* gástrico (2014). Sin tratamiento habitual. Refiere dolor epigástrico intenso irradiado hacia hombro izquierdo, de unas 2h de evolución. Náuseosa, sin otra sintomatología. A la exploración, se encuentra afebril, afectada por el dolor y a la palpación abdominal presenta dolor en epigastrio con signos de irritación peritoneal localizados. Analítica sin alteraciones. Se realiza TAC A-P urgente, con hallazgo de pequeña cantidad de líquido libre subhepático y cambios densitométricos de la grasa mesentérica a nivel anterior sugestivos de cambios inflamatorios, sin identificar claramente su origen. Ante la mala evolución clínica, se decide laparoscopia urgente. Se descarta hernia interna. Se revisa espacio supramesocólico con hallazgo de perforación duodenal de 1 cm aproximadamente y escaso líquido libre peritoneal. Se toma biopsia del borde de la perforación y se realiza sutura primaria con 3 puntos de Vycril. El postoperatorio transcurre sin incidencias, manteniéndose afebril y sin elevación de parámetros inflamatorios en todo momento. Es dada de alta el 5º día con omeprazol de forma indefinida.



Perforación duodenal.

Discusión: La úlcera perforada del segmento excluido tras BPG es una complicación tardía muy rara (< 25%). La fisiopatología de estas úlceras no está bien establecida pero parece que la mucosa gástrica está más expuesta al efecto dañino del ácido por varios factores relacionados con la alteración anatómica que supone el BPG. Por ejemplo, la falta de neutralización del HCL por falta de contenido alimenticio, la respuesta pancreática anormal ante la ingesta y el reflujo biliar. Su diagnóstico preoperatorio suele ser difícil ya que tiene una baja incidencia, además de una presentación clínica larvada, pocas alteraciones analíticas y pruebas de imagen no concluyentes. Por lo tanto, la sospecha diagnóstica debe ser alta y el umbral para solicitar pruebas complementarias bajo. La prueba de elección será el TC, donde característicamente no suele haber neumoperitoneo, lo cual dificulta el diagnóstico. Ante la duda, no hay que posponer la laparoscópica diagnóstica urgente. El manejo debe de ser urgente y quirúrgico; cierre primario del orificio con epiploplastia, preferiblemente por laparoscopia. El tratamiento definitivo no está estandarizado y como la evidencia es escasa, lo ideal es individualizar cada caso (resección del remanente gástrico o IBPs de forma indefinida). La úlcera perforada del segmento excluido tras BPG es una complicación tardía muy poco frecuente. Conviene tenerla en mente ante cuadros de abdomen agudo con dolor epigástrico súbito con pruebas de imagen no concluyentes, sobre todo una vez descartadas las etiologías más frecuentes. El manejo debe de ser quirúrgico urgente.