



P-068 - MANEJO ENDOSCÓPICO INTEGRAL DE LA ESTENOSIS POS-SLEEVE GÁSTRICO Y SUS COMPLICACIONES

Lin, Qiaomiao; Galaviz Sosa, Maria Luisa; Escobar Lezcano, Lilian Maria; Alfonso Villazán, Sergio Julio; Farguell Piulachs, Jordi; Rodríguez Santiago, Joaquín; Balagué Ponz, Carmen

Hospital Mutua, Terrassa.

Resumen

Introducción: El *sleeve* gástrico es una de las técnicas más realizadas a nivel mundial. Una de las complicaciones conocidas es la estenosis, que se puede presentar de forma aguda o crónica, principalmente en forma de intolerancia oral y vómitos. Generalmente suele afectar a la incisura *angularis* y menos frecuentemente a nivel proximal. El objetivo es mostrar la utilidad de las técnicas endoscópicas avanzadas en este tipo de entidad y sus complicaciones.

Caso clínico: Paciente varón de 45 años, sin comorbilidades metabólicas y obesidad mórbida de larga evolución por lo que se decide su inclusión en el circuito de cirugía bariátrica con un IMC prequirúrgico de 55. Se interviene de *sleeve* laparoscópico de primer tiempo y es dado de alta el primer día posquirúrgico con dolor controlado y dieta tolerada. Reconsulta a los dos meses por vómitos e intolerancia a sólidos de semanas de evolución con epigastralgia asociada. Se realiza TEGD que informa de segmento en tercio proximal de unos 4 cm que presenta un menor calibre que el resto junto con vaciamiento del estómago lentecido. Se completa estudio con endoscopia digestiva alta (EDA) donde se confirma estenosis en tercio proximal y se realiza dilatación con balón sin incidencias. Posteriormente se mantiene con epigastralgia refractaria a analgesia convencional por lo que se solicita TC abdominal con doble contraste donde se observa neumoperitoneo, aunque sin fuga de contraste oral. Se orienta como posible perforación gástrica iatrogénica y ante estabilidad hemodinámica del paciente, se decide optar por tratamiento conservador con nutrición parenteral y antibioticoterapia endovenosa. Se realiza EDA de revisión donde se observa una perforación de 2 cm a nivel de la estenosis y se coloca prótesis metálica fijada en esófago con clips. Persiste con epigastralgia junto con sialorrea e intolerancia oral por lo que se solicita TC abdominal que informa de migración de endoprótesis con extremo distal a nivel del fundus. Se realiza nueva EDA que evidencia migración a proximal, justo craneal a zonaestenótica, por lo que se coloca una segunda prótesis metálica telescópica. Finalmente, el paciente presenta mejoría clínica con resolución de las náuseas y progresiva tolerancia oral permitiendo retirada de nutrición parenteral y es dado de alta a los 30 días del ingreso. A las 6 semanas se realiza nueva EDA para revisión en la que se retiran las prótesis evidenciando resolución del cuadro.

Discusión: La estenosis posterior a un *sleeve* gástrico es una complicación poco frecuente, pero hay que tenerla siempre presente. Cuando se diagnostica de forma crónica, la dilatación endoscópica con balón es una opción mínimamente invasiva y efectiva, pero no está exenta de complicaciones,

como la perforación gástrica. En estos casos, la EDA con colocación de prótesis es de utilidad permitiendo tratar la perforación y la estenosis.