



www.elsevier.es/cirugia

P-056 - PERFORACIÓN DEL REMANENTE GÁSTRICO EN UN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE BYPASS GÁSTRICO

Robledo Casas, Silvia; Payá Llorente, Carmen; Córcoles Córcoles, Marta; Parra Muñoz, Ana María; Álvarez Morera, Ana; Company Ricart, Isabel; Domingo del Pozo, Carlos; Martínez Pérez, Aleix

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Resumen

Introducción: La perforación del remanente gástrico tras un *bypass* gástrico en Y de Roux es una complicación inusual y potencialmente grave, con escasos casos descritos en la literatura. Esta situación representa un reto diagnóstico, ya que las modificaciones anatómicas propias del *bypass* alteran la clínica habitual y pueden ocultar signos clásicos como el neumoperitoneo o la irritación peritoneal.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 65 años e IMC de 38 Kg/m² con antecedente de *bypass* gástrico en Y de Roux hace 10 años y diagnóstico reciente de carcinoma de mama izquierdo Her2 positivo tratado con QT neoadyuvante (paclitaxel, trastuzumab y pertuzumab), pendiente de cirugía oncológica. La paciente acude a urgencias por empeoramiento de un dolor abdominal crónico de un año de evolución, sin otra sintomatología asociada. A la exploración presenta distensión abdominal y dolor en hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal. La analítica revela leucocitosis (12.000/?L) y PCR elevada (51 mg/L). La tomografía computarizada (TC) en urgencias muestra líquido libre perihepático, en gotiera paracólica derecha y pelvis, sin origen claro. La paciente ingresa en Oncología, pero ante el empeoramiento clínico y analítico con datos de *shock* séptico se realiza un segundo TC, que muestra aumento del líquido libre sin nuevos hallazgos. Se solicita una paracentesis diagnóstica, obteniéndose líquido ascítico de aspecto biliar con niveles de amilasas > 10 veces el valor plasmático, hallazgos sugestivos de perforación de víscera hueca. Ante estos datos, se indica una laparotomía exploradora urgente. Se constata una peritonitis biliar secundaria a una perforación prepilórica del remanente gástrico, que se trata mediante una sutura primaria. La paciente requiere ingreso inicial en intensivos, donde una vez estabilizada, evoluciona favorablemente siendo dada de alta a la sala de hospitalización el segundo día posoperatorio, y finalmente recibe el alta hospitalaria tras 10 días de ingreso.



Discusión: En pacientes con *bypass* gástrico, el diagnóstico de perforación del remanente gástrico resulta especialmente complejo debido a la presentación clínica atípica y la frecuente ausencia de signos radiológicos clásicos. El dolor inespecífico, la localización atípica del líquido libre, y la limitada utilidad de los biomarcadores inflamatorios retrasan el diagnóstico. La paracentesis puede aportar información clave en casos ambiguos. El tratamiento quirúrgico mediante reparación primaria suele ser suficiente, al tratarse generalmente de defectos pequeños, en consecuencia, la resección del remanente gástrico no suele ser necesaria. Debe contemplarse además el tratamiento de los factores de riesgo subyacentes, como la erradicación del *Helicobacter pylori* y el uso de inhibidores de la bomba de protones para prevenir recurrencias. En conclusión, la perforación del remanente gástrico es una complicación infrecuente pero grave en pacientes con *bypass* gástrico. Es fundamental mantener un alto índice de sospecha ante cuadros de abdomen agudo atípico, incluso en ausencia de hallazgos radiológicos concluyentes. La laparoscopia o laparotomía exploradora periten un abordaje diagnóstico y terapéutico eficaz.