CIR ESP. 2025;103(S2):S32

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-062 - PERITONITIS AGUDA SECUNDARIA A PERFORACIÓN DE ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL POSCIRUGÍA BARIÁTRICA REALIZADA EN CENTRO EXTRANJERO

Lobo Flores, Nicolak Bernardo[1]; Bartra, Elia[1]; Vives, Margarida[1]; Paris, Marta[1]; Trinidad, Anna[1]; Sabench, Fátima[2]; Galiana, Miriam[1]; Sánchez Marín, Antonio[1]

[1]Hospital Universitari Sant Joan, Reus; [2]Universitat Rovira i Virgili. Facultad de Medicina, Reus.

Resumen

Introducción: Presentar el manejo quirúrgico y la evolución de una peritonitis aguda secundaria a la perforación de la anastomosis gastroyeyunal, una complicación grave tras cirugía bariátrica, con énfasis en el riesgo asociado al turismo sanitario y la falta de información sobre los detalles de las técnicas quirúrgicas realizadas en centros fuera del país.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 38 años con obesidad grado II (peso preoperatorio 91 kg, IMC 36,98 kg/m^2), diabetes tipo 2 e hipertensión, operada en la India mediante *bypass* gástrico de única anastomosis (OAGB). La paciente fue dada de alta sin incidencias, dos meses después acudió a urgencias en nuestro hospital con dolor abdominal generalizado, defensa y signos de irritación peritoneal, especialmente en el hemiabdomen superior. La tomografía computarizada (TC) reveló un defecto posterior en la anastomosis gastroyeyunal. Se realizó laparoscopia exploradora urgente, observando peritonitis purulenta difusa, plastrón en el hemiabdomen superior y el defecto en la anastomosis gastroyeyunal. Se tomó biopsia de los bordes del defecto y se reparó la anastomosis mediante sutura simple y se colocó un parche epiploico (técnica de Graham) y se procedió a la aspiración, lavado y colocación de drenajes, en planta de hospitalización la paciente fue tratada con antibióticos y nutrición parenteral. No se evidenció fuga a través de los drenajes, y se inició la ingesta oral progresivamente. A los 12 días posoperatorios, la paciente fue dada de alta sin signos de infección ni complicaciones adicionales. La anatomía patológica de los bordes del defecto reveló tejido fibroadiposo con inflamación mixta y esteatonecrosis. En el seguimiento posquirúrgico, la paciente evolucionó favorablemente, logrando una mejora significativa en su peso (63 kg, IMC 25,8) y en el control de su diabetes.

Discusión: La fuga anastomótica es una de las complicaciones más graves de la cirugía bariátrica, con un alto impacto en la morbilidad, mortalidad y los costos de tratamiento. Puede presentarse inmediatamente o semanas después de la cirugía. El tratamiento conservador es posible si el paciente está hemodinámicamente estable y las colecciones están drenadas. Sin embargo, la presencia de sepsis o una fuga no controlada requiere intervención quirúrgica. La laparoscopia sigue siendo el acceso preferido para este tipo de intervenciones. Este caso resalta la importancia del diagnóstico temprano y un manejo quirúrgico adecuado. El turismo sanitario, en particular, aumenta el riesgo de complicaciones debido a la falta de seguimiento y la incertidumbre sobre la

técnica quirúrgica utilizada, lo que subraya la necesidad de un enfoque multidisciplinario y un control más riguroso en los pacientes que se someten a procedimientos bariátricos en el extranjero.

0009-739X © 2025 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados