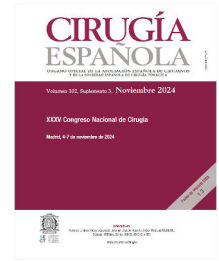




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



VC-004 - CIRUGÍA BARIÁTRICA DE REVISIÓN EN PACIENTE CON ULCUS MARGINAL REFRACTARIO TRAS BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

Sáez Ruiz, Susana; Rodríguez Carrillo, Rodolfo; Frangi Caregnato, Andrés; Fernández Palop, Isabel; Vázquez Tarragón, Antonio; Aguilera Capsir, Eva; Fernández Martínez, Cristina

Hospital de Sagunto, Puerto de Sagunto.

Resumen

Introducción: El *bypass* gástrico en Y de Roux laparoscópico es una de las técnicas quirúrgicas más empleadas en la cirugía bariátrica. Entre las complicaciones tardías se encuentra la úlcera marginal, originada por lo general en la vertiente yeyunal próxima a la anastomosis gastroyeyunal. Su fisiopatología es multifactorial, pero destacan factores como el tamaño del reservorio gástrico, uso de suturas no absorbibles, el tabaquismo o la toma de AINE. La clínica más frecuente suele ser el dolor epigástrico y el manejo terapéutico radica en el uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP's) y sucralfato. Mientras que en casos refractarios o aparición de complicaciones agudas se opta por la cirugía.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 49 años, fumador, intervenido en 2020 de *bypass* gástrico laparoscópico por obesidad mórbida. El paciente inicialmente tuvo una pérdida de peso satisfactoria, pero en el posoperatorio tardío presentó dolor epigástrico e intolerancia alimentaria a ciertos alimentos. Como complicación presentó úlcera de boca anastomótica con perforación que requirió cirugía urgente. Tras la intervención quirúrgica urgente, el manejo terapéutico inicial fue con IBP a dosis máxima y sucralfato durante meses, mejorando parcialmente la clínica, pero sin conseguir buen control de la sintomatología. En las endoscopias digestivas altas seriadas se evidenció una úlcera superficial de unos 15 mm de diámetro en la anastomosis gastroyeyunal. Ante estos hallazgos, se decidió plantear cirugía de revisión por vía laparoscópica por úlcus marginal refractario. Se procedió a la liberación de adherencias múltiples hasta conseguir disecar e identificar el reservorio gástrico, el cual presenta un tamaño grande sobre todo a expensas de la cara posterior. Se evidenció pie de asa sin alteraciones y adherencia firme en la región más craneal del reservorio gástrico al fundus del remanente, compatible con posible fístula gastrogástrica. Tras individualización de esta, se seccionó con endograpadora de 60 carga verde. Seguidamente el asa alimentaria fue seccionada con endograpadora de 60 carga azul y se procedió al remodelamiento del reservorio gástrico mediante cargas verdes, 1 horizontal y 1 y media vertical. Posteriormente se confeccionó la nueva anastomosis reservorio-yeyunal mecánica lineal con carga azul de 45. Para finalizar, se procedió al cierre de los defectos mesentéricos con sutura barbada 2/0, no cerrados en las cirugías previas, y se colocó un drenaje Jackson-Pratts sobre la zona perianastomótica. Finalmente, el posoperatorio del paciente cursó sin incidencias.

Discusión: La úlcera marginal tras *bypass* gástrico es una complicación relativamente frecuente

que puede dar sintomatología crónica. Se debe hacer hincapié en la corrección de los factores de riesgo modificables relacionados con la misma para obtener garantías de éxito con el tratamiento conservador. A pesar de ello, existen casos refractarios en los que se puede plantear la cirugía como tratamiento curativo.