



VC-019 - ÚLCERA MARGINAL PERFORADA TRAS *BYPASS* GÁSTRICO EN Y DE ROUX

Sala Vilaplana, Laia¹; Schmiederer, Ingrid²; Palomares Casasús, Sara³; Corcelles Codina, Ricard²

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; ²Cleveland Clinic, Cleveland; ³Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Resumen

Introducción: Las úlceras marginales (MU) son conocidas como causa de morbilidad en el *bypass* gástrico en Y de Roux (RYGB). Aun así, la tasa de perforación de las mismas es baja. Como resultado, el manejo de la perforación no está estandarizado y varía dependiendo de los hallazgos intraoperatorios, pudiéndose realizar, entre otros, el parche de Graham, Re-Do de la anastomosis o incluso abdomen abierto y reconstrucción en segundo tiempo. Este caso clínico pretende mostrar una presentación inesperada y desafiante de dicha complicación y discutir los posibles abordajes.

Caso clínico: Se trata de un paciente masculino de 36 años de edad, fumador activo, con antecedente de RYGB y MU crónica. El paciente presenta dolor abdominal y convulsiones. Es derivado a nuestro hospital con sospecha de perforación. Se realiza un TC abdominal que muestra neumoperitoneo y líquido libre, por lo que se decide realizar una laparoscopia diagnóstica urgente. Intraoperatoriamente, se identifica el RYGB con anatomía antecólica. Se realiza disección roma del epiplón adherido a la anastomosis gastroyeyunal y se evidencia perforación con peritonitis contenida. Con una exploración más minuciosa, se objetivan otras perforaciones en el asa yeyunal que comprenden más del 50% de la circunferencia. Dado que la anastomosis está completamente desestructurada, se descarta la posibilidad de realizar un parche de Graham. Se decide escisión de ambos defectos y realización de una nueva anastomosis, dado que las condiciones locales lo permiten, ya que se trata de una perforación contenida y el paciente está estable. El asa es movilizada y se secciona 5 cm distal a las perforaciones con endograpadora. La disección resulta compleja, pero permite preservar y localizar el pedículo gástrico izquierdo. Una vez hay suficiente reservorio movilizado, se secciona con endograpadora. Endoscópicamente se inspecciona el reservorio y se introduce OrVil de 25 mm para realizar una anastomosis circular. Se colocan drenajes y se realizan lavados. El paciente es dado de alta al séptimo día posoperatorio sin complicaciones.

Discusión: En caso de perforación de una MU, el abordaje laparoscópico y endoscópico están indicados. El manejo requiere aprendizaje de los múltiples abordajes, incluyendo la reparación primaria, el parche de Graham, la escisión y, potencialmente, cabos cerrados y abdomen abierto para un *second-look*. Los resultados y la decisión variarán dependiendo de los hallazgos intraoperatorios.