



P-338 - TUMORACIÓN QUÍSTICA TRAS *BYPASS* GÁSTRICO: UNA COMPLICACIÓN NUEVA

E. Romera Barba, R. González-Costea Martínez, I. Navarro García, N. Torregrosa Pérez, M.A. García López, M.D. Balsalobre Salmerón, F.J., Espinosa López, S. Gálvez Pastor, J. Castañer Ramón-Llín, M.J. Carrillo López y J.L. Vázquez Rojas

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: El *bypass* gástrico laparoscópico es actualmente una de las alternativas de elección en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida por sus excelentes resultados en el porcentaje de pérdida de exceso de peso y el de resolución y mejoría de las comorbilidades asociadas. Ha demostrado ser efectivo, seguro y reproducible, con una morbimortalidad quirúrgica baja. Sin embargo, no está exenta de complicaciones tanto a nivel del reservorio como del estómago distal o excluido.

Caso clínico: Paciente varón de 38 años intervenido por obesidad mórbida en 2002 (IMC 65), en otro centro, realizando *bypass* gástrico laparoscópico. Consultó por hipoglucemias tanto postprandiales como en ayunas que habían empeorado en el último año, junto con dolor epigástrico ocasional. Con el objetivo de descartar patología pancreática se realizó TC que informó de masa quística unilocular de 12 cm adyacente a los cambios posquirúrgicos del *bypass*, sugestiva de linfocele, sin poder descartar que se tratara de un quiste pancreático. Se decidió intervenir mediante laparotomía hallando una tumoración quística de gran tamaño adyacente a la anastomosis gastroyeyunal del *bypass*, sin relación con el páncreas. Tras realizar la disección y exéresis de la misma, se procedió a abrir la pieza apreciando la existencia de una línea de grapas en su interior. Con la sospecha de que se tratará de una porción del estómago distal que había quedado excluida accidentalmente durante la cirugía primaria, se envió a anatomía patológica, que confirmó nuestro diagnóstico al hallar mucosa gástrica con ulceraciones e inflamación crónica. El paciente evolucionó de forma satisfactoria siendo alta al 5º día postoperatorio.

Discusión: El estómago distal puede presentar complicaciones agudas potencialmente graves como son la perforación, hemorragia o la dilatación aguda secundaria a un deficiente vaciamiento gástrico u obstrucción del pie de asa. Como complicaciones tardías, en la literatura existen varios casos descritos de neoplasias gástricas primarias. El reflujo biliar es frecuente, y puede aparecer metaplasia intestinal en el 12% de los casos, a pesar de lo cual no se ha impuesto la gastrectomía sistemática. El principal problema es la dificultad de acceso para el estudio del mismo. En este sentido, se han propuesto técnicas como la gastrostomía de Fobi et al, la utilización de endoscopios largos por vía retrógrada a través del asa biliopancreática, la punción percutánea con control ecográfico o la llamada gastro-duodenoscopia virtual, basada en la tomografía computarizada (TC).

Presentamos este caso como una nueva posible complicación en la cirugía del bypass gástrico secundaria probablemente una sección completa inadvertida que hizo que una porción del estómago quedara totalmente excluida, dilatándose de forma crónica. El hecho de no conocer los detalles técnicos de la cirugía primaria y las limitaciones a la hora de estudiar el estómago excluido dificultó el diagnóstico preoperatorio.