



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-010 - Estrategia quirúrgica ante el síndrome de Dumping GRAVE refractario al tratamiento conservador. A propósito de un caso

Sánchez Campos, Raúl; Oviedo Bravo, Miguel; Pla, José Puche; Vázquez Prado, Antonio; Bruna Esteban, Marcos; Dávila Dorta, Davis; Melero Abellán, Antonio

Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Resumen

Introducción: El síndrome *Dumping* es una complicación que puede aparecer en cualquier cirugía gástrica siendo la cirugía bariátrica la principal causa actualmente. En el bypass gástrico la prevalencia de este síndrome en el postoperatorio precoz es de hasta el 75% aunque los síntomas suelen desaparecer y convertirse en un problema crónico en el 5-10% de los casos. Múltiples procedimientos quirúrgicos se han descrito hasta la fecha para el tratamiento del *Dumping* grave refractario al tratamiento conservador. Presentamos nuestra estrategia quirúrgica a propósito de un caso.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 55 años intervenida de gastroplastia vertical anillada por obesidad mórbida. Acude a nuestro Servicio 15 años después por estenosis y vómitos, con mantenimiento de su obesidad por lo se le propone realizar un bypass largo gástrico, con la necesidad de gastrectomía del remanente gástrico por iatrogenia. En el primer mes postoperatorio la paciente ya presenta clínica de *Dumping* precoz. El tránsito baritado gastrointestinal muestra un adecuado paso de contraste y vaciamiento de la cavidad gástrica residual. La medidas higiénico-dietéticas y farmacológicas que se inician en la paciente resultan infructuosas por lo que se decide la corrección quirúrgica tras el fracaso del tratamiento conservador. Se plantea como dos posibles opciones la interposición de una asa antiperistáltica corta (de Henley) o la reconstrucción del tránsito por duodeno, basándonos en la literatura y experiencia en nuestro Centro Hospitalario. Finalmente se opta por la interposición del asa alimentaria con anastomosis laterolateral a duodeno y grapado del asa alimentaria distal a la anastomosis realizada y cercana a la misma. Durante el primer mes tras la cirugía la paciente presenta reflujo importante que cede espontáneamente. El tránsito baritado intestinal objetiva el asa intestinal discretamente dilatada con buen paso a duodeno. En el control al tercer mes de la cirugía la paciente se encuentra sin clínica de *Dumping* ni ninguna otra sintomatología que se mantiene hasta la última visita en el décimo mes postoperatorio. Respecto a la corrección de su obesidad, el IMC previo a la cirugía correctora del *Dumping* era de 40 y al décimo mes postoperatorio el IMC se sitúa en 32.

Discusión: Creemos que este procedimiento similar al Henley-Longmire pero utilizando como asa interpuesta el asa alimentaria puede ser una alternativa más en el tratamiento quirúrgico de esta complicación de manejo tan complejo.