



O-139 - ABORDAJE DE LAS COMPLICACIONES PROPIAS DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA: ULCERA MARGINAL, ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL Y HERNIA INTERNA TRAS BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

Doménech, Estefanía; Rey, Mónica; Enríquez, Pablo; Estrada, José Luís; Ortiz, Sergio; Gil, María José; Abad, Ángel; Lluís, Félix

Hospital General Universitario, Alicante.

Resumen

Introducción: El bypass gástrico por vía laparoscópica es el procedimiento bariátrico que actualmente se realiza con mayor frecuencia. A pesar de ser una intervención quirúrgica compleja, su mortalidad en equipos con experiencia es menor del 0,5%. No obstante, no está exenta de complicaciones que aparecen tras ella, como son la úlcera marginal (UM), la estenosis de la anastomosis gastro-yeyunal y la hernia interna por el defecto de Petersen.

Objetivos: Conocer las características clínicas de los pacientes a los que se les ha realizado un bypass gástrico laparoscópico, la prevalencia de las complicaciones propias de la técnica y su manejo en nuestro medio.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos por obesidad mórbida, realizándose bypass gástrico laparoscópico entre mayo de 2007 y noviembre de 2014.

Resultados: Se incluyen 282 pacientes, siendo 202 mujeres (65,8%). La edad media al diagnóstico fue 43 (DE: 10) años. El peso medio inicial fue 133 (DE: 18) kilogramos, con un IMC medio de 48,47 (DE: 5). Tras el ayuno modificado, el peso medio en el momento de la intervención fue de 117 (DE: 17) kilogramos. 95 pacientes (33,7%) presentaban una cirugía abdominal previa; 133 (47,2%) presentaban HTA; 177 (68,2%) SAOS, necesitando 117 (41,5%) CPAP; 99 (34%) DM tipo 2; 96 (34%) DLP y 66 (23,4%), artropatía. Se llevó a cabo un bypass gástrico por laparoscopia con anastomosis gastroyeyunal mecánica con CEEA nº 21 en todos los casos. La estancia hospitalaria mediana fue de 5 días (3-33). En cuanto a las complicaciones propias de la técnica, 9 pacientes (3,2%) presentaron UM. De ellos, 5 eran mujeres y ésta fue diagnosticada entre un mes y 4 años tras la cirugía. 7 se trataron de forma conservadora, con Inhibidores de la bomba de protones y en 2 se produjo perforación de la misma, requiriendo intervención quirúrgica, en ambos casos laparoscópica. 19 pacientes (6,7%) presentaron estenosis de la anastomosis gastroyeyunal, confirmada por gastroscopia. De estos, 17 eran mujeres y 2 hombres. En 16 de ellos, la sintomatología apareció dentro de los entre el primer y el cuarto mes. Todos se trataron de forma endoscópica, precisando 3 de ellos una repetición de la dilatación endoscópica. Un paciente (0,35%) presentó una hernia interna, que causó una oclusión intestinal por lo que fue intervenido de forma laparoscópica, resolviéndose el cuadro.

Conclusiones: Las complicaciones propias del bypass gástrico se han resuelto en la mayoría de ocasiones de forma médica o endoscópica, siendo el manejo quirúrgico infrecuente aunque necesario en el caso de las perforaciones de la anastomosis y la hernia interna. En nuestros pacientes el abordaje siempre ha sido laparoscópico, disminuyendo así la morbilidad y estancia hospitalaria.