



P-405 - MANEJO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA TARDÍA EN PACIENTE INTERVENIDO DE *BYPASS* GÁSTRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

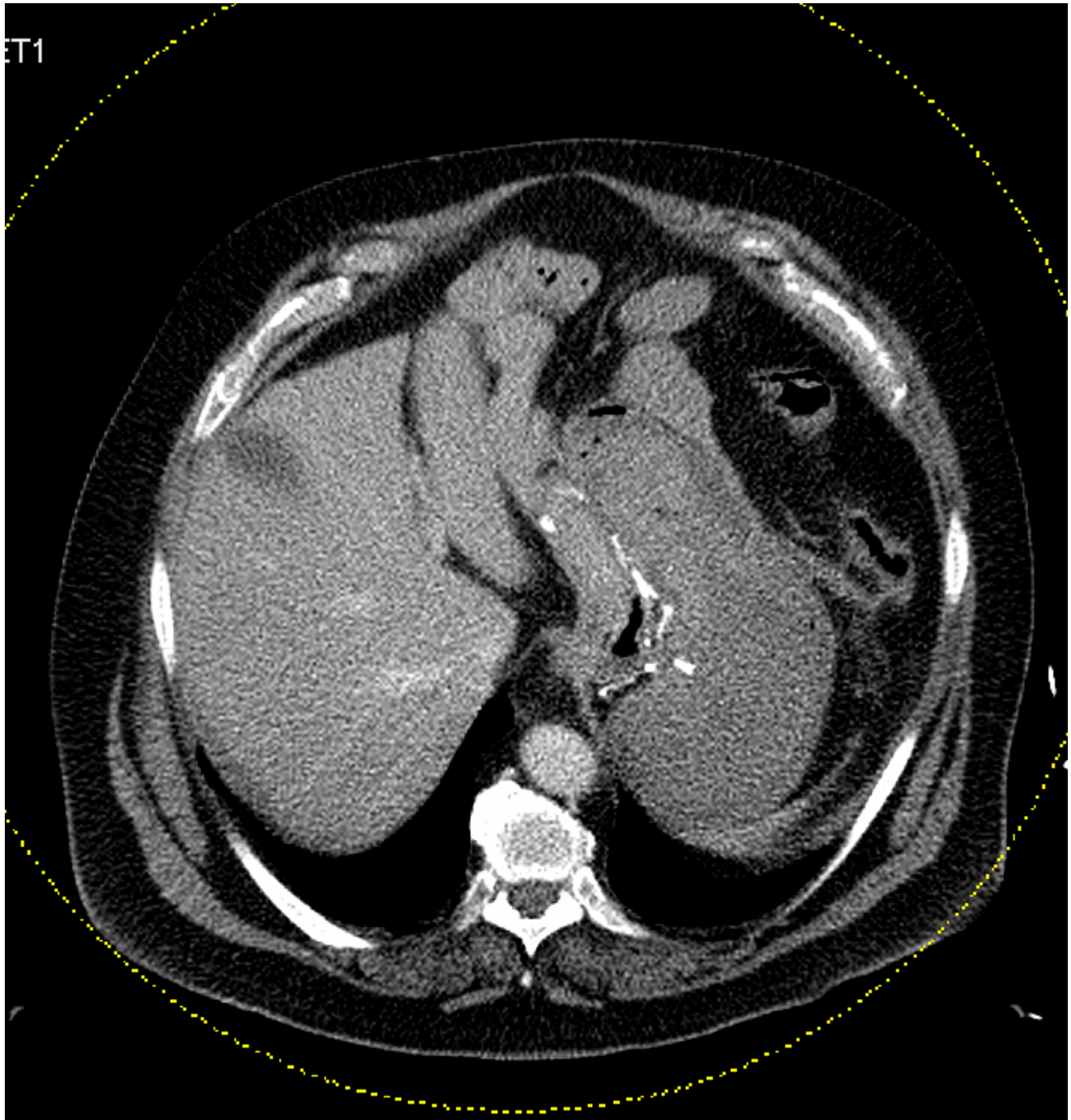
Muñoz García, Javier; Abellán Garay, Laura; Perán Fernández, Cristóbal; Gijón Roman, Cecilia; Gómez Molina, Beatriz; Romera Barba, Elena; García López, Aránzazu; Balsalobre Salmerón, María Dolores

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: El acceso y evaluación del árbol biliopancreático y del remanente gástrico en pacientes intervenidos de *bypass* gástrico es difícil debido a la reconstrucción que dificulta acceder a dichas estructuras. Por ello existan diferentes técnicas de aproximación tales como la endoscopia asistida o enteroscopia. A continuación presentamos el caso de un paciente con hemorragia digestiva y compromiso hemodinámico intervenido de urgencia con endoscopia transgástrica intraoperatoria.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 65 años intervenido en 2007 de *bypass* gástrico que acude a urgencias por melenas de 24h de evolución. Se inicia terapia de soporte con fluidoterapia y se transfunden concentrados de hemáties en urgencias. Se solicita tomografía urgente que informa de hemorragia activa intragástrica asociada a hematoma de la pared gástrica así como posible úlcera, todo ello en estómago excluido. Ante la imposibilidad de control hemodinámico con manejo conservador se decide intervención urgente. Se realiza en un primer tiempo gastroscopia sin visualizar restos hemáticos ni punto sangrante a nivel de anastomosis gastroyeyunal, por lo que se realiza laparotomía exploradora, sin apreciar el hemoperitoneo. Se visualiza, a partir del pie de asa, las asas con contenido hemático. Se localiza remanente gástrico y se realiza pequeña gastrostomía a nivel de estómago excluido con salida de gran cantidad de coágulos, por ella se introduce endoscopio que visualiza duodeno sin úlceras ni sangrado, en cuerpo-fundus gástrico se identifican dos úlceras una de ella con vaso visible, se pone clip y se esclerosan con control de la hemorragia. Finalmente el paciente pasa a unidad de reanimación dónde tras un posoperatorio prolongado es alta a planta. Posteriormente vuelve a presentar nuevos episodios de hemorragia por lo que, al no ser posible resolver de manera endoscópica, finalmente es sometido a gastrectomía del remanente con nueva anastomosis gastroyeyunal, con buen resultado posterior.



Discusión: La obesidad se ha convertido en la epidemia del siglo XXI y el *bypass* gástrico en Y de Roux en la técnica quirúrgica *gold estándar* para su tratamiento. En cuanto a la hemorragia digestiva en estos pacientes el manejo inicial consiste en medidas de resucitación, fluidoterapia, transfusión sanguínea, monitorización y establecer la gravedad del sangrado dependiendo de la clínica y el tiempo de presentación. Es importante descartar sangrado extraluminal (hemoperitoneo), o sangre fresca por el recto, todo ello junto a hipotensión, taquicardia, palidez y vasoconstricción indican sangrado activo y requieren intervención urgente. La hemorragia desde el estómago excluido es un reto diagnóstico y terapéutico. En esta circunstancia se debe considerar la enteroscopia de empuje o, la enteroscopia asistida por balón, así como la endoscopia asistida. Una endoscopia alta permite realizar una evaluación diagnóstica inicial y tratamiento en casos de sangrado del reservorio gástrico o de la anastomosis gastroyeyunal y se usa con relativa frecuencia en el sangrado del posoperatorio tardío. Aunque el manejo conservador expectante resuelve muchos de los casos, la clínica y la forma de presentación deben alertarnos, por lo que en casos graves de sangrado se requerirá de una endoscopia urgente con ayuda de un equipo quirúrgico para un

abordaje adecuado de dicha patología.