



P-062 - COMPLICACIÓN ANASTOMÓTICA DE LA CARA POSTERIOR DEL BYPASS GÁSTRICO DE UNA SOLA ANASTOMOSIS (OAGB), DIFERENTES FORMAS DE PRESENTACIÓN. CASOS CLÍNICOS ILUSTRADOS

Paris, Marta; García, María Alejandra; Trinidad, Anna; Bartra, Elia; Raga, Esther; Renau, Guillermo; Vives, Margarida; del Castillo Déjardin, Daniel

Hospital Universitari Sant Joan, Reus.

Resumen

Introducción: El *bypass* gástrico de una sola anastomosis (OAGB) es actualmente la tercera cirugía bariátrica más practicada a nivel mundial tras la gastrectomía vertical (SG) y el *bypass* gastroyeyunal en Y de Roux (RYGB), tan a nivel de cirugía primaria como en la cirugía de conversión. Su mayor ventaja respecto al RYGB es básicamente la no necesidad de realizar el pie de asa, lo que reduce el tiempo operatorio, y al tratar solamente una anastomosis también reduce el riesgo de dehiscencia y de hernias internas. Sin embargo, el OAGB no está exento de complicaciones. La dehiscencia de sutura es la complicación más frecuente de esta intervención (0,1-1,9%) y puede presentarse de forma aguda, subaguda o crónica desarrollando otras complicaciones a largo plazo como la úlcera de boca anastomótica y la fístula gastro-gástrica.

Casos clínicos: Se presentan 2 casos clínicos como complicación de la cara posterior de la anastomosis en el OAGB que se manifiestan en diferentes momentos del posoperatorio y con diferente forma de presentación. El primer caso es una paciente mujer de 47 años intervenida hace 15 años de OAGB en otro centro que acude por reganancia ponderal, mala tolerancia oral y dolor abdominal posprandial, evidenciándose en el estudio complementario la presencia de fístula gastrogástrica a nivel de la cara posterior de la anastomosis gastrointestinal. Se practica cirugía programada de conversión a RYGB con exéresis del remanente gástrico incluyendo la zona fistulosa para posterior estudio anatomopatológico. El segundo caso es una paciente mujer de 38 años intervenida hace 2 meses en otro país que acude por dolor abdominal súbito con clínica de peritonitis aguda, con sospecha radiológica de perforación en cara posterior gástrica con neumoperitoneo y líquido libre, por lo que se indica cirugía urgente por vía laparoscópica. Los hallazgos intraoperatorios confirman peritonitis difusa con perforación de 2 cm en cara posterior de la anastomosis sin aparente úlcera subyacente, se practica biopsia y se procede a la sutura simple del defecto con omentoplastia, lavados y drenajes.

Discusión: La cirugía bariátrica está cada vez más extendida a nivel mundial, aumentando de forma exponencial la necesidad de cirugía revisional y de cirugía de urgencias en pacientes bariátricos. Es fundamental que los equipos quirúrgicos de los centros hospitalarios de referencia estén formados y tengan conocimiento de las diferentes técnicas quirúrgicas que se realizan en otros centros con el fin de poder tratar de forma adecuada estos casos y, siempre que sea posible, mediante cirugía

mínimamente invasiva.