



## P-065 - DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANDY CANE SYNDROME CON O SIN HERNIA HIATAL CONCOMITANTE POST BYPASS GÁSTRICO

Braghetto, Italo<sup>1</sup>; Korn Bruzzone, Owen<sup>1</sup>; Sanz Ongil, Ramón<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago; <sup>2</sup>Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** El síndrome de Candy Cane (CC) tras *bypass* gástrico en Y de Roux (BGR) es una complicación infrecuente. La mayoría de publicaciones no mencionan la concomitancia de CC y hernia de hiato (HH), que podría suponer un agravamiento de los síntomas. Los objetivos son comparar la evolución de los síntomas, hallazgos endoscópicos, radiológicos y los resultados del tratamiento médico y quirúrgico inmediatos y a corto plazo, en pacientes con CC post BGR con o sin HH.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes con CC post BGR en nuestro hospital entre 2010 y 2022. Para el diagnóstico se realizó estudio endoscópico (EGD), radiografía con contraste oral y tomografía computarizada (CT). Una vez establecido el diagnóstico de CC con o sin HH, se inició tratamiento médico con Inhibidores de la bomba de protones y procinéticos evaluando la respuesta a los 3 meses. En aquellos pacientes con persistencia clínica, se indicó cirugía revisional, realizando resección del asa redundante y, en el caso de concomitancia de HH, hernioplastia hiatal. El análisis de los datos se realizó con el programa IBM SPSS versión 18.0. Se utilizaron las pruebas chi-cuadrado y Fisher en los casos apropiados. Considerando significativo un valor  $p < 0,05$ .

**Resultados:** La muestra presenta 16 pacientes con una edad mediana de  $49 \pm 11$  años y 87,5% de mujeres. La mediana de presentación de los síntomas fue  $7 \pm 44$  años desde la cirugía. Dolor, reflujo y vómitos fueron los síntomas más frecuentes, sin diferencias entre pacientes con o sin HH. Encontramos 4 pacientes con reganancia ponderal. En el momento del diagnóstico, 13 pacientes presentaron  $\geq 2$  síntomas. El EGD mostró HH en 9 pacientes, esófago de Barrett en 3 y asa ciega larga ( $\geq 5$  cm) en 10. Aquellos con esofagitis, HH, muñón gástrico grande o asa ciega larga fueron los más sintomáticos, presentando fundamentalmente dolor y reflujo. No se encontró relación entre el tamaño del muñón y la presencia de dolor ( $p = 0,696$ ), pirosis ( $p = 0,705$ ), reflujo ( $p = 0,489$ ), ni vómitos ( $p = 0,4$ ). El tratamiento médico fue efectivo para el control sintomático en 5 pacientes, pero 3 presentaron recurrencia precoz. El tratamiento quirúrgico consistió en resección del asa redundante asociando hernioplastia hiatal, cuando esta estaba presente. De los pacientes sometidos a cirugía, 9 de 11 presentaron resolución completa de los síntomas y 2 persistencia de síntomas con disfagia ocasional y pirosis.

**Conclusiones:** La mejor caracterización del cuadro de presentación del CC, puede suponer un

diagnóstico y tratamiento precoz de estos pacientes. Se debe prevenir en la cirugía inicial, reduciendo el tamaño del asa ciega durante la confección de la anastomosis. Además, el uso combinado de EGD y esofagograma, permite un diagnóstico tanto de CC como de HH, cuyo manejo holístico contribuirá a obtener unos mejores resultados. Las tasas de éxito de la resección quirúrgica y la hernioplastia hiatal, es un tratamiento eficaz y seguro. No obstante, hay pacientes que pueden beneficiarse de un manejo conservador, pero son necesarios muestras más amplias para poder caracterizar qué individuos se podrían beneficiar de esta terapia.