



P-080 - NEUMOPIOPERICARDIO COMO COMPLICACIÓN INUSUAL A LARGO PLAZO DE BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX

Morera Grau, Alex¹; Beisani, Marc¹; Picazo, Lucia¹; Ibarzabal, Ainitze²; Guerrero, María Alejandra¹; Seoane, Agustí¹; Pera-Román, Manuel¹; Casajoana, Anna¹

¹Hospital del Mar, Barcelona; ²Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Resumen

Objetivos: Exponer el caso de una fístula gastro-pericárdica, como una complicación excepcional tras *bypass* gástrico en Y de Roux (RYGB). Revisión de la historia clínica.

Caso clínico: Presentamos a una mujer de 50 años con antecedente de RYGB en 2007 con índice de masa corporal (IMC) inicial de 40 kg/m² y adicción a drogas por vía parenteral desarrollado años después de la cirugía. Como complicaciones, destaca la aparición en 2016 de un ulcus en la anastomosis gastro-yeyunal, que condiciona múltiples episodios de hemorragia digestiva alta, una fístula gastro-gástrica y un esófago de Barrett. Dados los diagnósticos se ofrece tratamiento quirúrgico que la paciente rechaza. En febrero de 2023, es traída a urgencias por disminución del nivel de consciencia y posterior parada cardiorrespiratoria recuperada. A su llegada, presenta un IMC de 18 kg/m² y sarcopenia con edemas de predominio en extremidades inferiores. Analíticamente destaca una elevación de reactantes de fase aguda, y en la radiografía de tórax se observa una imagen de neumomediastino y derrame pleural. Se realiza una tomografía computarizada (TC) de tórax, donde además se observa un importante derrame pericárdico asociado a neumopericardio, así como migración del reservorio gástrico a mediastino posterior y signos de tromboembolismo pulmonar. Se decide colocación de 2 drenajes torácicos y un drenaje pericárdico, del que se obtiene material purulento. El estudio de gram urgente es positivo para bacilos gram negativos, cocos gram positivos y levaduras. Ante los hallazgos, se inicia cobertura antibiótica y antifúngica y se completa el estudio con un TC abdominal, que sugiere la presencia de una fístula gastro-pericárdica, así como de hipoperfusión del reservorio gástrico, sin líquido libre ni neumoperitoneo. En la endoscopia urgente se confirma la presencia de esófago de Barrett largo (C10M10) con signos de ulceración crónica. Asimismo, el reservorio gástrico presenta fibrina abundante en su cara anterior y un gran orificio que da acceso al remanente gástrico, compatible con la fístula gastro-gástrica ya conocida, e imagen de pequeña fístula anterior con burbujeo, sugestiva de fístula gastro-pericárdica. Durante el proceso, la paciente presenta una segunda parada cardiorrespiratoria con necesidad de reanimación cardiopulmonar, consiguiendo recuperar la circulación espontánea. Finalmente, tras las pruebas complementarias y el resultado de los cultivos del líquido pericárdico, positivos para *Candida glabrata*, *Streptococcus oralis* y *Escherichia coli*, se orienta el caso como shock séptico secundario a empiema pericárdico por fístula gastro-pericárdica. Durante las primeras 48 horas la paciente presenta una correcta evolución, con retirada de drogas vasoactivas y extubación. Se ofrece cirugía secuencial en dos tiempos, yeyunostomía para optimización nutricional y posteriormente exéresis en

bloque con reconstrucción del tránsito, que la paciente y tutor legal rechazan. Al quinto día, la paciente presenta empeoramiento respiratorio y hemodinámico progresivos, siendo *exitus*.

Discusión: La fístula gastropericárdica es una complicación muy inusual tras la cirugía bariátrica y esofagogástrica. Su sospecha clínica inicial es difícil dada su aparición tardía y los pocos casos descritos en la literatura. El tratamiento quirúrgico presenta un riesgo de complicaciones elevado, requiriendo de un soporte y abordaje multidisciplinar.