



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-234 - ABORDAJE QUIRÚRGICO DE LA PERFORACIÓN DE ÚLCERA DE BOCA ANASTOMÓTICA TRAS BYPASS GÁSTRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Arranz Jiménez, Raquel; de Vicente Bernal, Irene; Cuadrado Ayuso, Marta; Priego Jiménez, Pablo; Sánchez Picot, Silvia; Gil Yonte, Pablo; Blázquez Hernando, Luis Alberto; Galindo Álvarez, Julio

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: Entre las diversas complicaciones tardías tras un *bypass* gástrico (BPG) destacan las úlceras marginales que, a pesar de tener una incidencia baja (0,6-16%), asocian elevada morbimortalidad. El diagnóstico se confirma mediante una panendoscopia oral y el tratamiento, en ausencia de complicación aguda, médico. Es importante corregir factores de riesgo (tabaquismo, la infección por *Helicobacter pylori* o el uso de antiinflamatorios no esteroideos) durante la evaluación preoperatoria, y realizar un diagnóstico de sospecha precoz ante la sintomatología inicial. La perforación de la úlcera anastomótica es una complicación aguda que ocurre en un 0,4-0,8%.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 52 años con antecedentes de EPOC con oxígeno domiciliario, SAOS con CPAP nocturna, FA anticoagulada, portador de marcapasos, bebedor y fumador activo. Intervenido de BPG en 2017. La panendoscopia oral de revisión en enero de 2021 muestra una úlcera de boca anastomótica por lo que se pauta IBP a doble dosis y se realiza nuevo control que presenta una úlcera en proceso de cicatrización. Acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal de 2 días de evolución tras abundante ingesta de alcohol, con una exploración física con signos de irritación peritoneal e inestabilidad hemodinámica. Analíticamente presenta aumento de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de *shock* séptico de origen abdominal se solicita una tomografía computarizada (TC) abdominal urgente que objetiva neumoperitoneo y líquido libre intraabdominal compatibles con perforación en la anastomosis gastroyeyunal (GY). Tras una estabilización inicial por parte del Servicio de Medicina Intensiva se indica intervención quirúrgica urgente por vía laparoscópica. Se objetiva una úlcera de la anastomosis con perforación en cara posterior y peritonitis difusa. Se realiza resección de anastomosis previa y nueva anastomosis GY comprobándose estanqueidad mediante el test de fuga con azul de metileno. Se realiza EGD al séptimo día posoperatorio sin evidencia de fuga y con tránsito adecuado. Se da de alta tras concluir antibioterapia de amplio espectro, con adecuada tolerancia oral y con mejoría de la función pulmonar.

Discusión: La perforación de la úlcera de boca anastomótica se presenta como un cuadro séptico grave en pacientes intervenidos de BPG y requiere un alto índice de sospecha independientemente del tiempo transcurrido desde la cirugía. Es importante considerar que un cuadro de *shock* séptico en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica se presenta con una clínica menos florida. Las pruebas complementarias, principalmente una TC abdominal con contraste oral, permiten indicar el

tratamiento quirúrgico precoz. Es prioritario estabilizar al paciente mediante una reanimación intensiva de cara al tratamiento definitivo. El abordaje quirúrgico urgente se realiza preferentemente por laparoscopia y, dependiendo de la situación clínica y hemodinámica del paciente, se realizará cirugía de control de daños (lavado peritoneal y colocación de drenaje intraabdominal), sutura primaria sobre la perforación o resección de la anastomosis previa y realización de una nueva anastomosis. En el seguimiento posterior de los pacientes es necesario corregir los factores de riesgo identificados y realizar un seguimiento con control radiológico y endoscópico de la úlcera de boca anastomótica hasta confirmar su curación.