



P-471 - ACCESO AL ESTÓMAGO EXCLUIDO COMO MODALIDAD DE TRATAMIENTO EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA TRAS BYPASS GASTROYEYUNAL EN OBESO MÓRBIDO

B. García Albiach, C. Rodríguez Silva, F.J. Moreno Ruiz, A. Rodríguez Cañete, L. Romacho López, B. López Rueda, J.A. Bondía Navarro y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: El bypass gastroyeyunal laparoscópico es el procedimiento quirúrgico más utilizado en el tratamiento de la obesidad mórbida. Su elevada complejidad técnica requiere de cirujanos experimentados en cirugía laparoscópica avanzada. La hemorragia digestiva alta durante el postoperatorio precoz del obeso mórbido, representa un desafío para el cirujano, tanto desde el punto de vista diagnóstico como del tratamiento, debido a la dificultad de acceso al estómago excluido, así como los riesgos asociados a la realización de una endoscopia digestiva alta durante el postoperatorio precoz.

Caso clínico: Presentamos a un varón de 52 años, en tratamiento con anticoagulante oral debido a un tromboembolismo pulmonar hace 1 año, obeso mórbido (IMC 46), intervenido de bypass gastroyeyunal laparoscópico estándar. A las 48 horas el paciente experimenta deterioro del estado general, asociando taquipnea, taquicardia y exteriorización de líquido de aspecto biliar a través del drenaje. Ante la sospecha de dehiscencia de sutura se realiza laparoscopia exploradora evidenciando una peritonitis biliar de moderada cuantía debido a una fuga anastomótica a nivel de la anastomosis del pie de asa, que se reseca y se realiza nueva anastomosis yeyuno-yeyunal mecánica así como lavado abundante de todos los cuadrantes. Posteriormente, en el 6º día postoperatorio, el paciente experimenta una dilatación aguda del remanente gástrico, precisando de gastrostomía percutánea radiológica para descompresión del tubo digestivo. En el 14º día postoperatorio, coincidiendo con la reintroducción de anticoagulación a dosis terapéutica, el paciente experimenta una hemorragia digestiva alta, en forma de hematemesis, exteriorización de material de aspecto hemático brillante a través de sonda de gastrostomía así como rectorragia. Con el objetivo de descartar que la hemorragia se originara en el estómago excluido se realizó una endoscopia a través del orificio de gastrostomía, utilizando un fibroscopio de 6 mm, progresando hasta la zona del pie de asa de la Y de Roux, en la que se evidenció un sangrado arterial a nivel de la línea de grapas, resuelto tras inyección submucosa de adrenalina y aplicación de clips metálicos. Posteriormente el paciente tuvo una evolución satisfactoria, siendo alta domiciliaria con la sonda de gastrostomía cerrada.

Discusión: La incidencia de hemorragia digestiva alta tras bypass gastroyeyunal laparoscópico parece ser mayor que en la vía abierta, alcanzando hasta el 3,2%. Los lugares más frecuentes de origen del sangrado por orden de frecuencia son: la anastomosis gastroyeyunal, el reservorio

gástrico, la anastomosis yeyuno-yeyunal y la línea de grapas del estómago excluido. En aquellos casos en los que el sangrado tiene un difícil acceso, la endoscopia digestiva a través del estómago excluido representa una alternativa diagnóstico/terapéutica excelente, que evita en muchos casos una nueva cirugía.