



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## V-019 - REPARACIÓN QUIRÚRGICA ROBÓTICA DE FÍSTULA GASTROGÁSTRICA POR ÚLCERA MARGINAL EN PACIENTE CON BYPASS GÁSTRICO

Parés Bofill, Berta; Vilallonga Puy, Ramon; Caubet Busquet, Enric; Beisani Pellisé, Marc; García Ruiz de Gordejuela, Amador; Pera Ferreruela, Meritxell; González López, Óscar; Fort López-Barajas, José Manuel

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

### Resumen

**Introducción:** La úlcera marginal (UM) es una complicación crónica poco frecuente del bypass gástrico (BPG). Su incidencia es alrededor del 0,5-20% y sus complicaciones incluyen el sangrado y la fístula sobre el remanente.

**Caso clínico:** Se presenta a paciente varón de 61 años con antecedentes de trombosis venosa profunda en 2010, apendicectomía por vía abierta en 2008, diverticulosis colónica, bypass gástrico laparoscópico en 2013 por obesidad grado III (IMC 47,23 kg/m<sup>2</sup>) y dermolipectomía de faldón dermograso junto con eventroplastia de incisión de McBurney. A los 5 años de seguimiento se inicia estudio de disfagia y dolor epigástrico. Se realiza endoscopia que objetiva úlcera Forrest III a nivel de la gastroyeyunostomía, con anatomía patológica compatible con mucosa gástrica sin signos de gastritis ni otros hallazgos patológicos. Se maneja de forma conservadora con IBPs y se realiza control endoscópico al año donde se evidencia remisión de la lesión ulcerosa. Meses después reaparece la sintomatología por lo que se realiza una nueva endoscopia donde se halla hernia de hiato y fístula gastrogástrica entre el reservorio y el remanente gástrico que permite el paso del endoscopio. Se realiza tránsito esófago-gastro-duodenal que confirma fístula gastrogástrica de alto débito y hernia hiatal. A nivel antropométrico, el paciente presenta en la actualidad un IMC de 24 kg/m<sup>2</sup>. Se indica revisión quirúrgica asistida por robot. Intraoperatoriamente, se identifica úlcera perforada en cara posterior del reservorio a nivel de la anastomosis gastroyeyunal que fistuliza a remanente gástrico. Se realiza desconexión yeyunal a nivel de la anastomosis. Se identifica hernia de hiato que se libera y se procede al cierre de pilares. Se reseca extremo distal del reservorio y se realiza *resizing* del mismo tutorizado con sonda de Foucher de 36Fr. Se procede a la confección de la anastomosis gastroyeyunal semimecánica con la primera asa yeyunal y nuevo cierre del defecto de Petersen. Se realiza cierre primario del orificio fistuloso sobre el remanente gástrico. El postoperatorio transcurre sin incidencias siendo alta el segundo día postoperatorio. La anatomía patológica describe áreas de isquemia crónica.

**Discusión:** La úlcera de boca anastomótica es una complicación que se encuentra en el 0,5-20% de los pacientes según las series. El manejo inicial debe ser médico con IBPs. La refractariedad, la evolución a estenosis o la fístula gastrogástrica son indicación de revisión quirúrgica. En el caso de la fístula gastrogástrica, la estrategia quirúrgica consiste en la disección completa del reservorio, incluyendo en esta maniobra la exéresis de la fístula. En algunos casos puede ser necesario el

*resizing* del reservorio teniendo en cuenta que la ganancia ponderal en estos pacientes no es infrecuente. El defecto a nivel del reservorio puede cerrarse de forma primaria o en algunas situaciones técnicamente más difíciles se puede plantear la exéresis parcial o total del estómago excluido. Hay que tener un alto grado de sospecha de UM en paciente con dolor abdominal crónico, anemia o incluso reganancia de peso después de un BPG. El manejo va encaminado a la reconfección del BPG y cierre o resección de la fístula.