



## V-146 - RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE GASTROYEYUNOSTOMÍA Y REANASTOMOSIS POR ULCERA MARGINAL TARDÍA POST BYPASS GÁSTRICO

Mocanu, Sorin Niky; Garay Solà, Meritxell; Roura Onaindia, Jordi

Capio Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallés.

### Resumen

**Introducción:** El bypass gástrico (BPG) es actualmente el segundo procedimiento quirúrgico bariátrico más practicado a nivel mundial. Entre las principales complicaciones relacionadas con el BPG, destaca la úlcera marginal (UM), que afecta la anastomosis gastroyeyunal y cuyos causantes no son del todo conocidos. Mientras factores como el tabaquismo, el consumo crónico de AINEs, el *Helicobacter pylori* (HP), el reservorio gástrico de gran tamaño y la fístula gastro-gástrica (FGG) podrían explicar muchos casos de UM, en otros, la etiología sigue siendo incierta. Otros posibles desencadenantes mencionados en la literatura son la isquemia y el uso de suturas irreabsorbibles. La mayoría de las UM aparece en el primer año después del BPG pero también han sido descritos casos tardíos, algunos de ellos muchos años después de la cirugía. Actualmente no hay consenso sobre el tratamiento médico óptimo y su duración. En los casos considerados refractarios al tratamiento médico, se indica el tratamiento quirúrgico. Las principales opciones descritas son la resección de la gastroyeyunostomía con reanastomosis y la resección completa del reservorio gástrico con esofagoyeyunostomía. Algunos autores abogan por la vagotomía troncular en base a la analogía existente entre la UM y las úlceras pépticas.

**Caso clínico:** Paciente de 46 años, de sexo femenino, intervenida de un BPG laparoscópico por OM, con una pérdida ponderal satisfactoria y duradera. A los 12 años de la cirugía, es valorada por un cuadro dispéptico de 3 meses de evolución. El estudio endoscópico evidenció una UM de 4 cm con biopsias compatibles con material necrótico e infiltrado inflamatorio crónico inespecífico, sin objetivar HP. El estudio radiológico descartó la FGG. Se inició tratamiento con lansoprazol 30 mg/12 horas y sucralfato que se mantuvo durante 6 meses, sin observar cambios en el aspecto de la UM revisada endoscópicamente a los 3 y 6 meses. Se orientó como UM refractaria al tratamiento médico y se indicó tratamiento quirúrgico. Se intervino laparoscópicamente practicándose una resección de la gastroyeyunostomía y reconstrucción termino-lateral manual de la misma, con puntos reabsorbibles. La evolución postoperatoria fue satisfactoria. El control endoscópico al año de la cirugía no evidenció recidiva ulcerosa.

**Discusión:** La etiología de la UM postBPG queda desconocida en algunos casos y no hay consenso sobre el tratamiento médico óptimo. La definición de UM refractaria y la indicación del tratamiento quirúrgico depende en buena medida de la experiencia del equipo quirúrgico, según la literatura. En el caso presentado, no se ha podido identificar ninguno de los factores etiológicos habitualmente relacionados con la UM y tras 6 meses de tratamiento óptimo sin mejoría hemos considerado que se

trata de un caso refractario. La opción quirúrgica arriba mencionada se ha basado en los siguientes pilares: minimizar la agresión anatómica-resección anastomótica preservando un pequeño reservorio gástrico; minimizar las repercusiones fisiológicas - no vagotomía; excluir uno de los factores potencialmente relacionados con la etiología de la UM, se ha utilizado material reabsorbible para confeccionar la nueva anastomosis.