



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-417 - PERFORACIÓN POR ÚLCERA DE BOCA ANASTOMÓTICA TRAS BYPASS GÁSTRICO TIPO BAGUA

Gonzalo Hernández, Ayoze Beneharo; Acosta Mérida, María Asunción; Callejón Cara, María del Mar; Fernández Quesada, Carlos; Casimiro Pérez, Jose Antonio; Armas Ojeda, María Desirée; Ortiz López, David; Marchena Gómez, Joaquín

Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: El bypass gástrico de una sola anastomosis (BAGUA), consiste en la creación de un reservorio gástrico de unos 13-15 cm desde la unión gastroesofágica hasta el final de la curvatura menor. El reservorio se anastomosa en posición latero-lateral a un asa intestinal excluida al paso alimentario entre 200-350 cm distal al ángulo de Treitz y diseñada como mecanismo antirreflujo. La úlcera marginal después de un bypass gástrico no es infrecuente y puede ser una de las complicaciones más problemáticas. Su tratamiento es complejo presentando en ocasiones consecuencias graves como perforación o hemorragia.

Caso clínico: Paciente mujer de 40 años hipertensa, fumadora y sometida a cirugía bariátrica en septiembre de 2017 mediante técnica BAGUA en otro centro. Acude a urgencias por clínica de dolor abdominal de 3 días de evolución de intensidad moderada e inicio brusco en epigastrio, irradiado al resto del abdomen e intensificado en las últimas horas, en las que se han añadido náuseas y diarreas acuosas. A la exploración física la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, afebril con abdomen blando y compresible, doloroso a la palpación de predominio en epigastrio, con defensa a dicho nivel sin otros signos de irritación peritoneal difusos. Analíticamente: 9.780 leucocitos con 87,5% de neutrófilos y PCR 3,94. Se realiza CT abdominopélvico en el que se objetiva engrosamiento circunferencial de 8 mm de asa de intestino delgado adyacente a la anastomosis gastroyeyunal con abundante neumoperitoneo y líquido libre; hallazgos compatibles con perforación de la anastomosis proximal gastroentérica. Se indica intervención quirúrgica urgente vía laparoscópica. Intraoperatoriamente se objetiva peritonitis biliopurulenta de cuatro cuadrantes con perforación de 0,8 mm en cara anterior de anastomosis gastroentérica compatible con úlcera de boca anastomótica del extremo del reservorio sobre el asa de intestino delgado. Se realiza resección de ambos extremos de la anastomosis entérica y extremo distal del reservorio gástrico afectado. Se procede a reconstruir el tránsito mediante bypass en Y de Roux sobre neoreservorio gástrico. La paciente evoluciona favorablemente. El quinto día postoperatorio se realiza EGD de control. Es dada de alta el día 7 postoperatorio, sin complicaciones, tolerando dieta y asintomática.

Discusión: La úlcera marginal de boca anastomótica ha pasado a ser una preocupación importante, con estudios que muestran cifras de hasta 10-20%. El tabaquismo, los AINES la presencia de *H. pylori* o un mayor número de células parietales por una bolsa gástrica mayor se describen como

factores de riesgo. La perforación es un evento grave que lleva a la reintervención, requiriendo en ocasiones desmontar el bypass de una anastomosis y readaptar la técnica a un bypass en Y de Roux. La perforación de úlcera marginal post BAGUA es una complicación, que se puede resolver vía laparoscópica de forma segura, por equipos quirúrgicos entrenados, teniendo en cuenta que puede precisar rediseñar y deshacer la técnica bariátrica previa.