



P-404 - MANEJO CONSERVADOR DE PERFORACIÓN DE ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL TRAS *BYPASS* GASTROINTESTINAL

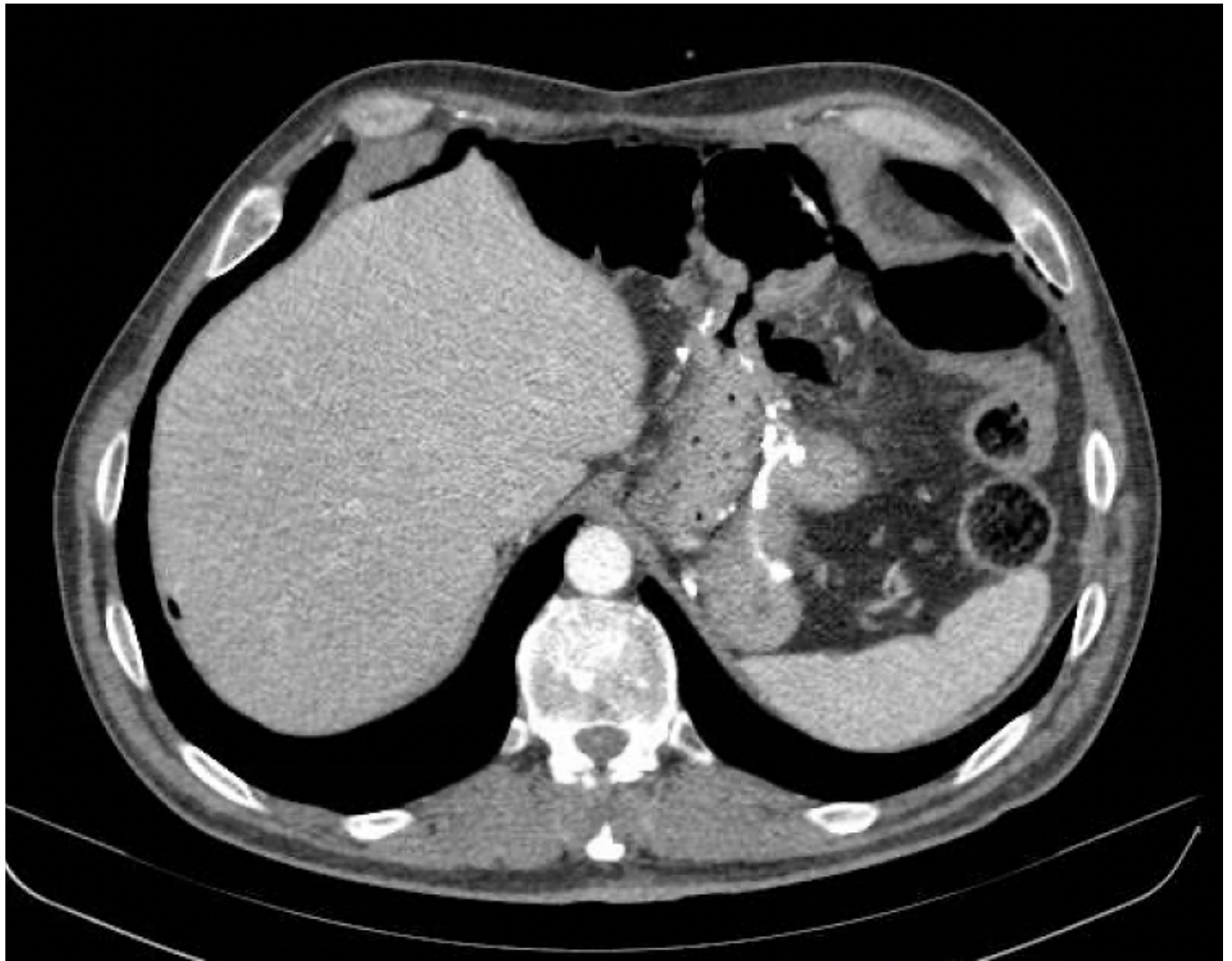
Pitarch Martínez, María; Hernández González, José Manuel; Prieto-Puga Arjona, Tatiana; Hernández Carmona, Juan Manuel; Pérez Lara, Francisco Javier

Hospital de Antequera, Antequera.

Resumen

Objetivos: Se presenta un caso de perforación de gastroyeyunoanastomosis en un paciente intervenido de *bypass* gástrico con manejo conservador exitoso. El desarrollo de úlceras a nivel de la gastroyeyunoanastomosis es una de las complicaciones a largo plazo más frecuentes del *bypass* gastrointestinal; sin embargo, la perforación de úlcera marginal ocurre raramente (0,5-1%). Uno de los principales factores predisponentes de esta complicación es el hábito tabáquico.

Caso clínico: Paciente de 54 años, fumador de 10 cigarrillos diarios, intervenido de *bypass* gastrointestinal laparoscópico hacía 7 años. Precozmente desarrolló estenosis de anastomosis gastroyeyunal requiriendo dilatación endoscópica. Un año más tarde, por sospecha de perforación de víscera hueca, precisó laparotomía exploradora en la que se evidenció peritonitis purulenta sin punto de perforación, realizándose lavado de cavidad y colocación de drenajes, con buena evolución. En la actualidad, consulta en urgencias por dolor abdominal súbito e intenso de horas de evolución, que mejora progresivamente de forma espontánea. Presenta estabilidad hemodinámica, y analíticamente destaca leve leucocitosis y elevación discreta de PCR. Se realiza TC abdomen en el que se visualiza neumoperitoneo de predominio supramesocólico, y colección hidroaérea de 4 cm adyacente a anastomosis gastroyeyunal, sin líquido libre (fig.). Tras monitorización clínica y analítica sin cambios en las primeras horas, ante sospecha de perforación por úlcera marginal de gastroyeyunoanastomosis se decide manejo conservador, con dieta absoluta, nutrición parenteral y antibioterapia de amplio espectro. A los 3 días se realiza TC de control con contraste oral e iv, sin extravasación de contraste oral, y con colección aérea perigástrica de 6 cm. Posteriormente se inició dieta progresiva sin incidencias, con buena evolución clínica y analítica y radiológica. Al alta se aconsejó abandono de hábito tabáquico y se pautó IBP a doble dosis. En revisión en consulta un mes más tarde se encuentra asintomático, sin fumar, y se había realizado endoscopia digestiva alta con hallazgos de anastomosis gastroyeyunal de pequeño calibre con mucosa en vertiente gástrica de aspecto granular hiperplásico (AP: leve inflamación crónica con ligeros cambios hiperplásicos superficiales, sin evidencia de colonización por *Helicobacter pylori*).



Discusión: El tratamiento de elección de la perforación por úlcera de la gastroyeyunoanastomosis es quirúrgico. Deben considerarse diversas opciones de forma individualizada, tanto de abordaje laparoscópico o abierto, como las distintas posibilidades: lavado y colocación de drenajes, sutura primaria, o resección y nueva anastomosis. Aunque no existen casos reportados de tratamiento conservador en este tipo de perforaciones, podrían aplicarse los mismos principios que para otras situaciones, como la perforación por úlcera péptica. El manejo conservador en la perforación por úlcera péptica no se aconseja de forma rutinaria de acuerdo a las guías de práctica clínica, pero puede utilizarse en casos seleccionados, en los que se demuestre perforación contenida en TC (ausencia de extravasación de contraste oral), sin hallazgos clínicos sugestivos de peritonitis o sepsis, con estabilidad hemodinámica, y con capacidad de monitorización estrecha. Esta situación particular es la que presentaba nuestro paciente y permitió el manejo conservador de su patología con éxito.