

## Caso Clínico

## Úlcera marginal persistente tras la realización de un Bypass Bástrico en Y de Roux

### Persistent marginal ulcer, after Gastric Bypass.

Otero, Ana M., Corcelles, Ricard, Díaz del Gobbo, Gabriel, De Lacy, Antonio

Hospital Clinic i Provincial de Barcelona (España) ✉ [am-otero@hotmail.es](mailto:am-otero@hotmail.es)

**Resumen:** Las úlceras marginales después de un bypass gástrico Roux-n-Y pueden ser una complicación muy problemática. La cirugía es necesaria si fracasa el tratamiento médico. **Material y métodos:** Varón 32 años exfumador, antecedente SAOS y obesidad mórbida, IMC 60 kg/m<sup>2</sup>. Bypass gástrico en 2005. Pérdida de 130 Kg, alcanzando IMC 25 kg/m<sup>2</sup>. Consultó explicando disfagia y vómitos. Admitió que estaba fumando y en tratamiento con AINEs por lumbalgia. Se realizó un tránsito gastrointestinal objetivando estenosis de la anastomosis gastroyeyunal. La gastroscopia observó una úlcera marginal en la anastomosis. Se realizó tratamiento con IBP, dejó de fumar y dilataciones endoscópicas que fracasaron, por lo que se decidió cirugía. El objetivo fue reseca el pouch gástrico y la anastomosis gastroyeyunal y crear una nueva. **Resultados:** La cirugía duró 190 minutos. En el postoperatorio el paciente presentó un sangrado extraluminal, estable con tratamiento conservador. Ingesta oral a las 48 horas y alta el quinto día. El examen anatomopatológico descartó neoplasia y H. pylori. El paciente permanece asintomático un año después, en tratamiento con IBP y abstinencia tabáquica. **Conclusiones:** La cirugía de revisión bariátrica mediante vía laparoscópica en casos de úlceras marginales, es una técnica segura y reproducible en manos experimentadas.

**Palabras clave:** Úlcera marginal; Gastrectomía Vertical; Bypass gástrico

**Abstract:** Marginal ulcers after a Roux-n-Y gastric bypass can be one of the most problematic complications. Surgery is required if the symptoms persist after medical therapy. **Methods:** 32 year old male with history of OSA and morbid obesity, BMI 60 Kg/m<sup>2</sup>. Bypass in 2005, losing 130 Kg, reached BMI 25 Kg/m<sup>2</sup>. He came to the outpatient clinic explaining dysphagia and vomiting. He admitted he was smoking and was taking non-steroidal anti-inflammatory drugs for lower back pain. An upper GI series revealed a sharpened contrast passage through the anastomosis. Upper endoscopy showed a marginal ulcer at the anastomosis. The patient underwent treatment with PPIs and stopped smoking. Endoscopic dilations were attempted but failed, so surgery was decided. The objective was to resect the gastric pouch and gastrojejunostomy and create a new one. **Results:** The surgery took 190 minutes. Oral intake 48 hours after the surgery and left the hospital on the 5th day. Pathological examination ruled out neoplasia or H.pylori. The patient remains asymptomatic one year after the revision, and maintains the treatment with PPIs and tobacco abstinence. **Conclusions:** Bariatric surgery using laparoscopic approach in cases of marginal ulcers, is a safe and reproducible technique in experienced hands.

**Keywords:** Marginal Ulcer; Sleeve gastrectomy; Gastric Bypass

### Introducción

Las úlceras marginales después de un bypass gástrico Roux-en-Y no son infrecuentes y pueden ser una de las complicaciones más problemáticas. Su tratamiento es complejo presentando en ocasiones consecuencias graves como perforación o causar una hemorragia digestiva. El tabaquismo y la ingesta de medicamentos anti-inflamatorios no esteroideos están relacionados con su desarrollo en el postoperatorio tardío. Los pacientes fumadores deben dejar de fumar, se deben

recetar inhibidores de la bomba de protones y la infección por *Helicobacter pylori* debe descartarse o tratarse. La cirugía de revisión debe considerarse como una opción si los síntomas persisten después de dos meses de tratamiento médico. Nuestro objetivo es mostrar el tratamiento quirúrgico en un paciente que requirió dicha opción.

### Material y método:

*Caso clínico:*

Paciente varón de 32 años exfumador, con antecedente de SAOS en tratamiento con CPAP y obesidad mórbida con un IMC de 60 kg/m<sup>2</sup>. Se sometió a un bypass gástrico en 2005. El paciente presentó una excelente respuesta a la cirugía tras dos años de seguimiento con pérdida de 130 Kg de peso, alcanzando un IMC de 25 kg/m<sup>2</sup> y resolviéndose sus comorbilidades. En ese momento consultó explicando disfagia, junto con epigastralgia y vómitos. Admitió que estaba fumando de nuevo y además se encontraba bajo tratamiento con AINEs por una lumbalgia.

Se realizó un tránsito gastrointestinal objetivando una estenosis a nivel de la anastomosis gastroyeyunal sin otros hallazgos de interés. En la gastroscopia se observó una úlcera marginal en la anastomosis. Se realizó inicialmente tratamiento médico conservador con IBPs. El paciente dejó de fumar, además se realizaron varias dilataciones endoscópicas presentando un fracaso inmediato, por lo que se decidió la revisión quirúrgica por vía laparoscópica.

El objetivo de la cirugía fue diseccionar el pouch gástrico junto con la anastomosis gastroyeyunal, hacer una resección de la misma y confeccionar una nueva.

## Resultados

La cirugía duró 190 minutos. Como complicaciones a destacar, en el postoperatorio inmediato el paciente presentó una hemorragia extraluminal, sin inestabilidad hemodinámica, por lo que se realizó tratamiento conservador con buena evolución sin necesidad de transfusión de hemoderivados ni revisión quirúrgica urgente. Se inició la ingesta oral 48 horas después de la cirugía con buena tolerancia y correcto curso postoperatorio, siendo dado del alta hospitalaria al quinto día postquirúrgico.

El examen anatomopatológico de la pieza quirúrgica descartó neoplasia o infección por *H. pylori*.

En los posteriores controles de seguimiento, el paciente permanece asintomático un año después de la revisión, manteniendo el tratamiento con IBPs y la abstinencia tabáquica.

## Discusión

Las úlceras marginales son una complicación importante del bypass gástrico Roux-en-Y. Este fenómeno ha sido reconocido y estudiado desde los inicios del procedimiento. Varios factores, incluyendo

el ácido gástrico, reacción a cuerpo extraño, sustancias exógenas, abuso de drogas, anticoagulación crónica y la infección por *H. pylori*, han sido implicados como posibles etiologías de esta complicación. La incidencia en la literatura varía de 0,6% a 16% en todos los pacientes después de un bypass gástrico Roux-en-Y y 27-52% en pacientes que se presentan con síntomas digestivos como epigastralgia, dolor, náuseas y vómitos [1,3,6,7-8].

No obstante, es importante recordar que la mayoría de las úlceras marginales después de un bypass gástrico Roux-en-Y no están asociadas con *H. pylori* [3,7]. Los factores técnicos del procedimiento a tener en cuenta incluyen el tamaño del pouch, la confección de la anastomosis mecánica, la correcta línea de grapado y la orientación y colocación de la misma para evitar isquemia tisular [1,2].

En relación al tamaño y confección del pouch se ha demostrado que el mismo produce ácido, por lo que se recomienda la realización del mismo lo más pequeño posible, para reducir el riesgo. Hay que destacar que el yeyuno no posee de forma innata un tampón ácido por lo que es un factor importante para el desarrollo de una úlcera en el contexto de una gastroyeyunostomía. Cuando se diagnostica, en la mayoría de los casos responden al tratamiento con IBPs [9], pudiendo conducir a estenosis y consecuente obstrucción si el tratamiento no es efectivo, requiriendo en este caso de dilataciones endoscópicas [10,11]. Cuando el tratamiento conservador fracasa es cuando se plantea la cirugía de revisión.

## Conclusiones

La cirugía de revisión bariátrica mediante vía laparoscópica en casos de úlceras marginales a nivel de la anastomosis gastroyeyunal, es una técnica segura y reproducible en manos experimentadas, obteniendo resultados satisfactorios, basándonos en nuestra experiencia.

## Bibliografía

1. Jordan JH, Hocking MP, Rout WR, et al. Marginal ulcer following gastric bypass for morbid obesity. *Am Surg* 1991;57:286–8.
2. Pope GD, Goodney PP, Burchard KW, et al. Peptic ulcer/stricture after gastric bypass: a comparison of technique and acid suppression variables. *Obes Surg* 2002;12:30–3.
3. Sapala JA, Wood MH, Sapala MA, et al. Marginal ulcer after gastric bypass: a prospective 3-year study of 173 patients. *Obes Surg* 1998; 8:505–16.

4. Sundbom M, MacLean LD. Stomal ulcer after gastric bypass. *Obes Surg* 2003;13:457-9.
5. Thjodleifsson B, Wormsley KG. Response to jejunal acidification in man. Changes in composition of perfusate. *Scand J Gastroenterol* 1976;11:273-81.
6. Marano BJ Jr. Endoscopy after Roux-en-Y gastric bypass: a community hospital experience. *Obes Surg* 2005;15:342-5.
7. Mason EE, Printen KJ, Blommers TJ, et al. Gastric bypass for obesity after ten years experience. *Int J Obes* 1978;2:197-206.
8. MacLean LD, Rhode BM, Nohr C, et al. Stomal ulcer after gastric bypass. *J Am Coll Surg* 1997;185:1-7.
9. Sugeran HJ. Gastric bypass surgery for severe obesity. *Semin Laparosc Surg* 2002;9:79-85.
10. Gould JC, Garren MJ, Starling JR. Lessons learned from the first 100 cases in a new minimally invasive bariatric surgery program. *Obes Surg* 2004;14:618-25.
11. Andrew A. Gumbs, M.D., Andrew J., et al. Incidence and management of marginal ulceration after laparoscopic Roux-Y gastric bypass. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 2 (2006) 460-463.