

Úlcera marginal como complicación del Bypass Gástrico en Y de Roux, nuestra experiencia.

Silvia Fernández Noël, Alberto García Picazo, Pilar Gómez Rodríguez, Antonio Suarez Ramos, Viviana Vega Novillo, Rosa Gonzalez Martín, Victoria Carmona Gómez, Ana Pérez Zapata, Elias Rodríguez Cuéllar, Felipe De La Cruz.

Todos los autores forman parte del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España.

Recepción (primera versión): 7-Septiembre-2021 Aceptación: 14-October-2021 Publicación online: N° Septiembre 2021

Resumen:

La úlcera marginal es una complicación tardía del bypass gástrico en Y de Roux con una incidencia descrita del 0,6-16%.

Material y métodos: Se seleccionaron todos los pacientes intervenidos de bypass gástrico entre 2011 y 2021, siendo la gastroscopia el método diagnóstico principal. Se recogieron los factores de riesgo asociados a los pacientes, así como el tratamiento realizado.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 743 pacientes, de los cuales 8 desarrollaron úlcera marginal, los factores de riesgo de mayor prevalencia fueron el tabaquismo y la diabetes mellitus tipo 2. La presentación clínica más frecuente fue náuseas o vómitos, seguido del dolor epigástrico y hemorragia digestiva alta. El tratamiento médico inicial se realizó con inhibidores de la bomba de protones combinado o no con sucralfato, requiriendo cirugía de revisión en los casos refractarios al tratamiento médico, que fue la totalidad de nuestra muestra.

Conclusión: Es esencial conocer los factores de riesgo asociados a la patogenia de la úlcera marginal, en especial aquellos modificables, para fomentar su prevención.

Palabras clave:

- Úlcera marginal
- Bypass gástrico
- Factores de riesgo

Marginal ulcer as a complication after a Roux-N-Y Gastric Bypass, our experience.

Abstract:

Marginal ulcer is a late complication after a Roux-n-Y gastric bypass with a reported incidence of 0.6-16%.

Material and methods: We included all the patients who underwent gastric bypass between 2011 and 2021, endoscopy was used as diagnostic method. The data collected included risk factors associated to patients as well as the treatment carried out.

Results: We obtained a sample of 743 patients, of whom only 8 developed marginal ulcer, the most prevalent risk factors were smoking and diabetes. The most common symptoms were nausea or vomiting, followed by epigastric pain and bleeding. Proton pump inhibitors was received as initial treatment, requiring revision surgery in those patients refractory to the preserved treatment, which was the entirety of our sample.

Conclusion: It is essential to know the risk factors associated with its pathogenesis, especially those that can be modified, to promote its prevention.

Keywords:

- Marginal ulcer
- RYGB
- Risk factors

Introducción

El bypass gástrico en Y de Roux (BGRY) laparoscópico junto a la gastrectomía vertical son las técnicas quirúrgicas más frecuentemente empleadas en cirugía bariátrica (1-3). Dentro de las complicaciones tardías asociadas (> 30 días después de la cirugía), se encuentra la úlcera marginal (UM), definida como aquella úlcera que se origina

habitualmente en la vertiente yeyunal, próxima a la anastomosis gastroyeyunal. Se ha descrito en la literatura una incidencia variable entre el 0,6 y el 16% (2-4).

La fisiopatología es multifactorial y actualmente se encuentra en estudio, aunque se ha comprobado su relación con la hipersecreción ácida, el tamaño del reservorio gástrico, el paso rápido del bolo ácido o el uso

de material de sutura no absorbible(4,5). Además, entre los factores de riesgo asociados al paciente se encuentran, el tabaquismo y la toma de AINES siendo los más frecuentemente descritos; también se ha determinado relación con la diabetes mellitus tipo 2 (DM-II), la toma de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), la hipertensión arterial y la infección por *Helicobacter pylori*(2-4,6,7).

La presentación clínica más frecuente es el dolor epigástrico, seguido de hemorragia digestiva alta (HDA) (30%) y náuseas o vómitos (20%). El manejo terapéutico inicial, se basa en el uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP) mientras que el tratamiento quirúrgico, se reserva para casos refractarios, recidivantes o complicaciones agudas de los mismos (2,3,5-8).

Material y Métodos

Se desarrolló un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, en donde se recogieron todos los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica (BGYR) entre enero 2011 y abril de 2021 que presentaron como complicación UM; el diagnóstico se llevó a cabo a través de la gastroscopia en todos los pacientes de la muestra. Las variables recogidas fueron epidemiológicas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento, así como la evolución postoperatoria. Todas ellas se analizaron con el programa informático SPSS Statistics (IBM) versión 26. Las variables cualitativas se describen como porcentajes y las cuantitativas como mediana y rango intercuartílico.

Resultados

Se obtuvo una muestra de 743 pacientes intervenidos de BGYR de los cuales 8 pacientes desarrollaron la UM como complicación, obteniendo una incidencia del 1,07%. El sexo predominante fue el femenino (75%), la mediana de edad de la muestra fue 53 años (RIQ: 47-59). Respecto al IMC previo a la cirugía bariátrica se obtuvo una mediana de 40 (RIQ: 38-43) y al diagnóstico de la UM de 24 (RIQ: 24-28). Los factores de riesgos más prevalentes fueron el tabaquismo (75%) y la DM-II (75%), un 62.5% de los pacientes presentaron infección por *Helicobacter Pylori* y el mismo porcentaje (62.5%) se asoció a la toma de ISRS. Todos los pacientes de la muestra presentaban gastritis crónica como hallazgo endoscópico preoperatorio más frecuente.

La clínica más frecuente fue náuseas o vómitos (100%), epigastralgia (75%) y hemorragia digestiva alta en forma de hematemesis (25%). En el 75% de los casos la UM afectó a la anastomosis gastroyeyunal, siendo esa la localización más frecuente. La mediana de tiempo al diagnóstico fue de 18 meses tras la cirugía. La presencia de fístula gastrogástrica fue infrecuente (12,5%).

El tratamiento médico aislado con IBP (63%) en monoterapia o asociado a sucralfato (37%) no fue efectivo en ninguno de los pacientes, teniendo una duración media de 26 meses. El tratamiento quirúrgico de elección fue la reanastomosis gastroyeyunal con disminución del reservorio gástrico mediante laparoscopia en la mayor parte de los casos (80%). No se registraron complicaciones precoces (reintervenciones) ni tardías (recidivas, refractariedad).

Discusión

La UM es una complicación poco frecuente asociado a la cirugía bariátrica, aunque se considera que su incidencia está infraestimada, ya que en la mayoría de los casos los pacientes no se someten a una gastroscopia postcirugía, sobre todo en aquellos asintomáticos (2,3,6). Por ello, como puede verse reflejado en nuestra muestra, aquellos pacientes sintomáticos que responden a tratamiento conservador no se les realiza ninguna prueba diagnóstica posterior ni, por tanto, requieren manejo quirúrgico.

Además, se ha observado que los factores de riesgo más frecuentemente asociados al paciente fueron el tabaquismo, como ya se describía en la literatura (2,3,7,9) y también la DM II, un factor cada vez más frecuente en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica (4,7). En referencia al anterior, se ha postulado que el mecanismo de acción podría estar relacionado con la enfermedad microvascular que provocaría isquemia tisular, favoreciendo así el retraso en la cicatrización de la anastomosis y secundariamente una vascularización sanguínea ineficiente del reservorio gástrico. Respecto al tiempo que transcurre desde la cirugía al diagnóstico de la UM se ha comprobado, como ya se había descrito, que no es una complicación tan tardía como cabría esperar, sino que la mayoría se desarrollarían entre el primer y segundo año tras el BYG.

En cuanto al tratamiento, todos nuestros pacientes requirieron cirugía de revisión, a diferencia de lo descrito en estudios previos (6,9), lo que se podría deber tanto al reducido tamaño muestral, como también al disminuido porcentaje de UM que se diagnosticaron, siendo aquellos los pacientes sintomáticos, que no respondieron al tratamiento médico los cuales se les va a realizar pruebas complementarias diagnósticas (gastroscopia) de la UM. Sin embargo, sí se puede demostrar la concordancia con la literatura respecto a los factores de riesgo anteriormente descritos.

Conclusiones

La UM secundaria a cirugía bariátrica es una complicación poco frecuente, que se presenta de forma precoz. Es esencial conocer los factores de riesgo asociados en su patogenia, en especial aquellos modificables, para fomentar su prevención. Se necesitan futuros estudios para evidenciar estos resultados y determinar qué medidas preventivas serían adecuadas para tratar a aquellos pacientes que presenten mayor riesgo de desarrollar UM.

Bibliografía

1. Buchwald H, Oien DM. *Metabolic/bariatric surgery worldwide 2008*. *Obes Surg*. 2009;19(12):1605-11.
2. El-Hayek K, Timratana P, Shimizu H, Chand B. *Marginal ulcer after Roux-en-Y gastric bypass: What have we really learned?* *Surg Endosc*. 2012;26(10):2789-96.
3. Azagury DE, Abu Dayyeh BK, Greenwalt IT, Thompson CC. *Marginal ulceration after Roux-en-Y gastric bypass surgery: Characteristics, risk factors, treatment, and outcomes*. *Endoscopy*. 2011;43(11):950-4.
4. Sverden E, Mattsson F, Sonden A, Leinskold T, Tao W, Lu Y, et al. *Risk factors for marginal ulcer after gastric bypass surgery and for obesity: A populati on-based cohort study*. *Ann Surg*. 2016;263(4):733-7.

5. Ana M, Lacy D. *Ulcer marginal persistente tras la realización de un Bypass Bástrico en Y de Roux Persistent marginal ulcer , after Gastric Bypass . 2017;1349-51.*

6. Moon RC, Teixeira AF, Goldbach M, Jawad MA. *Management and treatment outcomes of marginal ulcers after Roux-en-Y gastric bypass at a single high volume bariatric center. Surg Obes Relat Dis [Internet]. 2021;10(2):229-34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.soard.2013.10.002>*

7. Duarte-Chavez R, Stoltzfus J, Marino D, Chaput K, El Chaar M. Correction to: "Which Factors Correlate with

Marginal Ulcer After Surgery for Obesity?" (Obesity Surgery, (2020), 30, 12, (4821-4827), 10.1007/s11695-020-04960-z). Obes Surg. 2020;30(12):4828.

8. Baccaro LM, Vunnamadala K, Ogu US, Ibrahim G, Kohli H. *Massive GI Bleed from a Marginal Ulcer Eroding into the Left Gastric Artery. CRSLs MIS Case Reports from SLS. 2014;18(4):5-8.*

9. Dar R, Dola T, Hershko D, Nevo HA, Sakran N. *Laparoscopic Conversion of One Anastomosis Gastric Bypass to Roux-en-Y Gastric Bypass Due to Penetrated Marginal Ulcer. Obes Surg. 2020;30(7):2854-5.*

© 2021 seco-seedo. Publicado por bmi-journal. Todos los derechos reservados.