

Úlcera marginal perforada, ¿complicación silente? en cirugía bariátrica

Alberto García Picazo¹, Pilar Gómez Rodríguez¹, Rosa González Martín¹, Silvia Fernández Noël¹, Viviana Vega Novillo¹, Victoria Carmona Gómez¹, Ana Pérez Zapata¹, Elías Rodríguez Cuéllar¹, Felipe de la Cruz Vigo¹, Eduardo Ferrero Herrero¹.

¹Servicio de Cirugía General, del Aparato Digestivo y de Trasplantes de órganos abdominales, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Unidad de Cirugía Esofagogástrica, Bariátrica y Metabólica. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Dr. Negrín, Gran Canarias, Spain.

DOI: <https://www.doi.org/10.53435/funj.00866>

URL Vídeo: <https://youtu.be/REOaQE5-I8k>

Recepción (primera versión):

Aceptación:

Publicación online: N° Diciembre 2022

Resumen

La úlcera marginal (UM) secundaria a cirugía bariátrica, es poco frecuente (<1%). Su etiología es multifactorial. Comúnmente se localiza en la anastomosis gastroyeyunal. La clínica habitual suele ser dolor epigástrico (60%). El diagnóstico se establece por TAC abdominal. El manejo terapéutico es médico-quirúrgico.

Palabras clave:

- Úlcera marginal
- Bypass gástrico
- Cirugía bariátrica

Perforated marginal ulcer, silent complication? in bariatric surgery

Abstract

Marginal ulcer (MU) secondary to bariatric surgery is rare (<1%). Its etiology is multifactorial. It is commonly located at the gastrojejunal anastomosis. The usual symptoms are epigastric pain (60%). The diagnosis is established by abdominal CT. The therapeutic management is medical-surgical.

Keywords:

- Marginal ulcer
- Gastric bypass
- Bariatric surgery

Introducción

La úlcera marginal (UM) secundaria a cirugía bariátrica, es poco frecuente (<1%). Su etiología es multifactorial, relacionada fundamentalmente con la hipersecreción ácida del reservorio gástrico debido a su excesivo tamaño, DM-II, infección por *H pylori*, la toma de AINEs, fístula gastro-gástrica, tabaquismo, hipoperfusión gastroyeyunal o el empleo de esteroides e ISRS. Comúnmente se localiza en la anastomosis gastroyeyunal, aunque también en el asa yeyunal proximal a la anastomosis y, por último, en el reservorio gástrico. La clínica habitual suele ser dolor

epigástrico (60%), hemorragia digestiva alta (25%) y náuseas o vómitos (15%). El diagnóstico se establece por TAC abdominal. El manejo terapéutico es médico-quirúrgico, basado en el empleo de Inhibidores de la bomba de protones (IBP) y la sutura primaria combinada con la epiplopastia.

Material y métodos

Paciente varón de 61 años, con antecedentes de HTA, DM-II, exfumador, gastritis y duodenitis erosiva, se realiza Bypass gástrico por obesidad mórbida (IMC: 42 Kg/m²), seis meses

después presenta hemorragia digestiva alta en relación a úlcera gástrica perianastomótica que se trata de forma endoscópica. Seis meses más tarde acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal progresivo de 12 horas de evolución (EVA 3/10), sin náuseas, vómitos, ni fiebre, y sin alteraciones analíticas. Sin embargo, dado el antecedente de UM se solicitó un TAC Abdominal en donde se aprecia úlcera yeyunal perforada a nivel de la anastomosis gastroyeyunal, con abundante neumoperitoneo. Se decide intervención quirúrgica urgente mediante abordaje laparoscópico, objetivándose solución de continuidad de unos 1,5 cm en la vertiente intestinal de la anastomosis gastroyeyunal, realizándose sutura primaria, epiploplastía con gastrostomía en el remanente gástrico para alimentación posterior y exclusión de la zona perforada. El postoperatorio transcurrió favorablemente, siendo dado de alta al segundo día.

presenta de forma precoz en el postoperatorio reciente. Por ello la alta sospecha clínica y el seguimiento endoscópico son esenciales para su correcto tratamiento.

©2022 seco-seedo. Publicado por bmi-journal.
Todos los derechos reservados.

Resultados

La perforación por UM se presenta de forma precoz (primer año) tras la cirugía bariátrica, disminuyendo su incidencia paulatinamente. Etiológicamente se postula que la hiperacidez gástrica, favorecida por los reservorios gástricos de gran tamaño (incremento de células parietales) y las fístulas gastro-gástricas podrían ser un factor patogénico esencial. Además, están implicados el tabaco, AINEs, esteroides y DM-II, todos estos agentes impiden la normal cicatrización de la mucosa gástrica al inducir isquemia en la microcirculación. La sintomatología se presenta en más del 50% de los casos, sin embargo, puede tener poca expresión clínica, dificultando ello el diagnóstico. El tratamiento definitivo es la administración de IBP junto con la reparación de la solución de continuidad. La misma implica gran complejidad, ya que aparte de la variación anatómica presente, en algunas ocasiones existen complicaciones asociadas a la cirugía como la fístula gastro-gástrica, fístula anastomótica y obstrucción del asa aferente/eferente, dificultando enormemente la intervención quirúrgica.

Conclusión

La perforación de las UM secundarias a cirugía bariátrica es una complicación grave, aunque a veces silente, que se

