

Sangrado agudo en estómago excluido en paciente intervenido de bypass de una sola anastomosis

Acute bleeding from the excluded stomach in a patient undergoing one anastomosis gastric bypass

**SANGRADO AGUDO EN ESTÓMAGO EXCLUIDO EN PACIENTE
INTERVENIDO DE BYPASS DE UNA SOLA ANASTOMOSIS**

**ACUTE BLEEDING FROM THE EXCLUDED STOMACH IN A
PATIENT UNDERGOING ONE ANASTOMOSIS GASTRIC BYPASS**

Ferrer-Márquez Manuel^{1,2}

García-Redondo Manuel^{2*}

Rubio-Gil Francisco^{1,2}

Torrente-Sánchez María José¹

Ferrer-Ayza Manuel¹

¹ Unidad de Cirugía Bariátrica (Obesidad Almería). Hospital Mediterráneo, Almería.

² Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

***Autor de correspondencia:**

Manuel García-Redondo

Dirección correo electrónico: m.garcia.redondo@outlook.es

Calle Hermandad Donantes de Sangre S/N, 04009. Almería, España.

Título corto (50 caracteres):

SANGRADO AGUDO DE ESTOMAGO EXCLUIDO TRAS BAGUA

SANGRADO AGUDO EN ESTÓMAGO EXCLUIDO EN PACIENTE INTERVENIDO DE BYPASS DE UNA SOLA ANASTOMOSIS

El bypass de una sola anastomosis (BAGUA) se ha convertido, actualmente, en la tercera técnica bariátrica más realizada a nivel mundial ⁽¹⁾, con buenos resultados a medio-largo plazo en cuanto a pérdida ponderal y mejora de comorbilidades ^(2,3). La hemorragia postoperatoria del tracto gastrointestinal aparece aproximadamente en un 1,93 % de los pacientes tras bypass gástrico, pudiendo aparecer en la gastroyeyunostomía (con más frecuencia), el remanente gástrico, o la línea de sutura de la yeyunoyeyunostomía⁽⁴⁾. La hemorragia del estómago excluido, a pesar de ser poco frecuente, plantea serias dificultades tanto diagnósticas como terapéuticas debido a su ubicación específica que pueden llevar a un desenlace fatal si no se actúa correctamente.

Presentamos el caso de una paciente de 39 años con un BMI de 43,8 kg/m², a la que se interviene mediante técnica BAGUA sin incidencias intraoperatorias. A las 10 horas de la intervención, la paciente presenta cuadro de hipotensión (90/60mmHg) y taquicardia, así como débito hemático abundante (300cc en 12 horas) por el drenaje junto con descenso de hemoglobina (de 14,9mg/dl a 11,5mg/dl). Se decide reintervención quirúrgica laparoscópica apreciando hemoperitoneo en cantidad abundante (unos 1200cc de contenido hemático libre) que se aspira y se lava. No aprecia sangrando activo, a pesar de una revisión exhaustiva, evacuando abundantes coágulos en lecho de sección gástrica.

A las dos horas de finalizar esta reintervención, la paciente presenta nuevo episodio de hipotensión (60/40mmHg), asociado a hematemesis franca (varios vómitos consecutivos). Ante dicha situación, se decide nueva revisión quirúrgica laparoscópica.

No se aprecia hemoperitoneo, sin embargo, se objetiva el pouch gástrico y asa aferente llenos de contenido hemático. Se realiza endoscopia digestiva alta (EDA) intraoperatoria evidenciando un gran coágulo que abarca todo el reservorio. Se consigue liberar y aspirar, sin evidenciar sangrado activo en la zona de la anastomosis (figura 1).

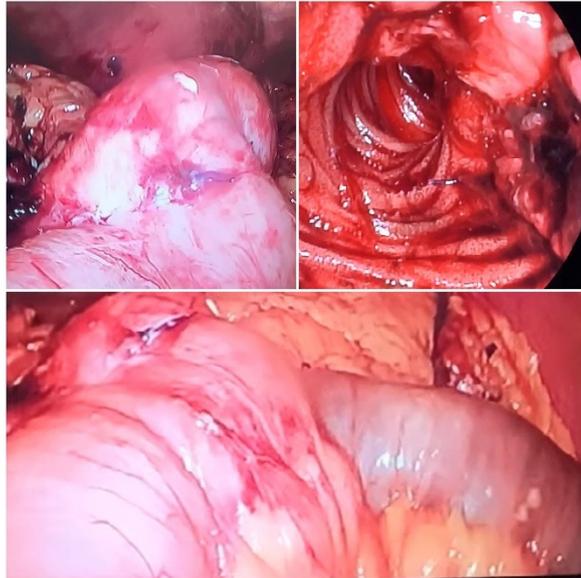


Figura 1: Se observa el pouch dilatado, el asa aferente llena de contenido hemático y la anastomosis sin sangrado activo.

Se decide, debido a la inestabilidad de la paciente, así como al contenido del asa aferente, realizar resección del estómago excluido (figura 2). Para ello, se libera la curvatura mayor, desde el antro hasta Hiss. Se realiza sección a nivel prepilórico con endocortadora y sutura hemostática de la misma línea de grapado. Se deja drenaje aspirativo. La revisión de la pieza quirúrgica mostró contenido hemático abundante en su interior, destacando un coágulo adherido en parte de la línea interna de grapado. La paciente se estabiliza en el postoperatorio, y es dada de alta domiciliaria con dieta líquida a los 5 días de la reintervención.

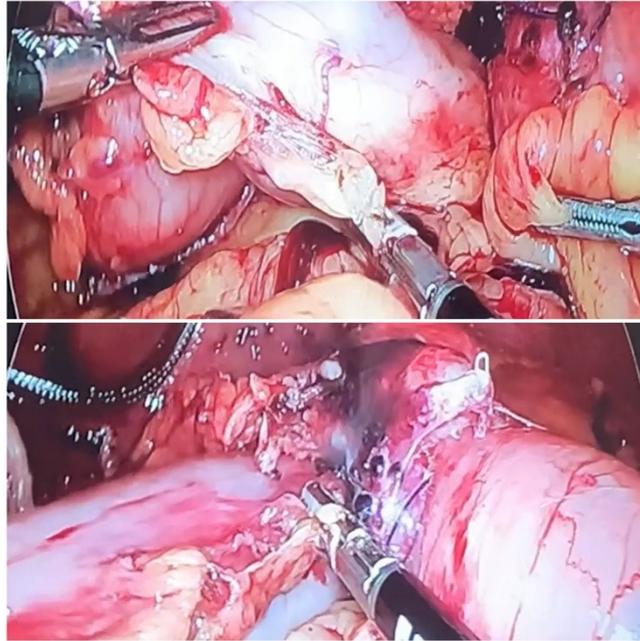


Figura 2: Resección del estómago excluido.

Las complicaciones agudas del remanente gástrico (la hemorragia en particular), supone un desafío, tanto en el diagnóstico como en su tratamiento. La función de la reanimación, fluidoterapia, transfusión, monitorización y establecer la severidad del sangrado (que depende de la clínica y el tiempo de presentación), debería ser el primer paso en pacientes estables ⁽⁵⁾. La inestabilidad del paciente (o la falta de recursos en situaciones de urgencia) obliga, en determinadas ocasiones, a actuaciones más radicales. Joseph J et al ⁽⁶⁾, proponen un algoritmo terapéutico diferenciando la actitud en función de la estabilidad del paciente. En pacientes inestables, junto a la reposición de fluidos y sangre, se debe iniciar tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, con la posible adición de vasopresina u octreótido. Además, se debe realizar endoscopia digestiva alta (EDA) en busca de posible causa y actitud terapéutica. La EDA es importante para excluir cualquier fuente de sangrado hasta la anastomosis gastroyeyunal e incluso más allá de la yeyunoyeyunostomía; sin embargo, está limitado por su incapacidad para alcanzar la rama biliopancreática ⁽⁷⁾. Si se identifica la fuente, deben realizarse técnicas hemostáticas, incluida la inyección de epinefrina, la colocación de endoclips o la cauterización ⁽⁶⁾. García-García et al ⁽⁵⁾, tras el estudio de su serie, recomienda, en caso de no localizar el sangrado y sospechar su origen en el estómago excluido, la realización de una endoscopia de doble balón; técnica que debe realizarse con extrema precaución, al tener mayor riesgo de dehiscencia de anastomosis en el postoperatorio inmediato ⁽⁸⁾.

La creación de una gastrostomía distal percutánea (ya sea mediante ecografía o guía por TC) o una gastroduodenoscopia laparoscópica, en determinados pacientes, puede proporcionar una visualización adecuada y tratar el sangrado del remanente, si bien, son métodos que no son sencillos y no se utilizan con facilidad en la práctica habitual ⁽⁹⁾. A pesar de conocer estas alternativas previamente descritas, la inestabilidad de nuestra paciente nos llevó, en este caso, a tomar una actitud quirúrgica más drástica, decidiendo la resección del remanente.

Cuando estos métodos fracasan, otros autores defienden la realización, mediante radiología intervencionista, de la embolización del vaso sangrante ⁽⁶⁾. Sin embargo, la posibilidad de poder realizarlo depende de la existencia, en determinados centros, de un radiólogo intervencionista localizado. En ocasiones, la situación de inestabilidad del paciente, o la ausencia de estos métodos de urgencia, obligan a la realización de una laparoscopia exploradora, como ocurrió en nuestro caso, asociada o no a EDA. La gastrectomía del estómago remanente representa el tratamiento más agresivo y radical, a pesar de que es una opción a tener en cuenta cuando fracasan las medidas anteriores.

Bibliografía

1. The International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders. Sixth IFSO Registry Report [Internet]. United Kingdom: Dendrite Clinical Systems Ltd; 2022. [acceso el 29 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.ifso.com/pdf/ifso-6th-registry-report-2021.pdf>.
2. Carbajo MA, Luque-de-Leon E, Jimenez JM, et al. Laparoscopic one-anastomosis gastric bypass: technique, results, and long-term follow-up in 1200 patients. *Obes Surg.* 2017;27(5):1153-67.
3. Ramos AC, Chevallier JM, Mahawar K, et al. IFSO (International federation for surgery of obesity and metabolic disorders) consensus conference statement on one-anastomosis gastric bypass (OAGBMGB): results of a modified delphi study. IFSO consensusconferencecontributors. *Obes Surg.* 2020;30(5):1625-34.

4. Podnos Y, Jimenez J, Wilson S, Stevens M, Nguyen N. Complications after laparoscopic gastric bypass. *Arch Surg* 2003;138:957-61.
5. García-García ML, Martín-Lorenzo JG, Torralba-Martínez JA, Lirón-Ruiz R, Miguel Perelló J, Flores Pastor B, et al. Emergency endoscopy for gastrointestinal bleeding after bariatric surgery. Therapeutic algorithm. *Cir Esp*. 2015 Feb;93(2):97-104.
6. [Joseph J Eid](#), [Jason M Radecke](#), [Michel M Murr](#). Gastrointestinal bleeding from the excluded stomach: a proposed algorithmic approach to management. *Surg Obes Relat Dis*. Jan-Feb 2015;11(1):e11-4.
7. [Patrascu S](#), [Balague Ponz C](#), [Fernandez Ananin S](#), [Targarona Soler E](#). A delayed acute complication of bariatric surgery: Gastric remnant haemorrhagic ulcer after Roux-en-Y gastric bypass. *J Minim Access Surg*. Jan-Mar 2018;14(1):68-70
8. V. Puri, A. Alagappan, M. Rubin, S. Merola. Management of bleeding from gastric remnant after Roux en Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis*, 8 (2012), pp. e3-e5
9. [Iranmanesh P](#), [Manisundaran NV](#), [Bajwa KS](#), [Thosani NC](#), [Felinski M](#), [Wilson EB](#), et al. Management of Acute Gastric Remnant Complications After Roux-en-Y Gastric Bypass: a Single-Center Case Series. *Obes Surg*. 2020 Jul;30(7):2637-2641.