

Publicado en Seclaendosurgery.com (en línea) 2012, nº 40.

Disponible: <http://www.seclaendosurgery.com>

Copyright © Secla Endosurgery. Nº ISSN: 1698-4412

## XI CONGRESO NACIONAL SECLA MADRID 2012 RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título:

DEGASTROGASTRECTOMIA POR VIA LAPAROSCOPICA DEBIDO A ULCERA SOBRE ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL

Autores:

Autor presentador:

A. Sánchez Ramos

Resto de autores:

T. Moreno Djadou, O. Facy, V. Poulain, M. Goergen, J.S. Azagra

Institución:

Centre Hospitalier de Luxembourg

Resumen de comunicación:

Introducción:

La úlcera sobre anastomosis gastroyeyunal en gastrectomía por enfermedad benigna es una complicación infrecuente (1-2%). La causa principal es la persistencia de una hiperacidez gástrica debida a diversas situaciones que posteriormente se comentarán.

Existen casos en los que a veces el tratamiento conservador es eficaz. En otras ocasiones es necesario reintervenir.

Objetivo:

Presentar un vídeo donde se demuestra la factibilidad del acceso laparoscópico para la realización de la técnica quirúrgica.

Material y método:

Hombre de 49 años que ingresa en nuestro centro por cuadro suboclusivo.

Cuenta como antecedentes personales una antrectomía sin vagotomía y reconstrucción en Y de Roux por estenosis duodenal péptica por laparotomía hace 10 meses en otro centro. Es reintervenido en el postoperatorio temprano por fístula del muñón duodenal y dehiscencia de anastomosis gastro-yeyunal. Se rehace la anastomosis y se hace fístula duodenal dirigida.

En nuestro centro es diagnosticado por TAC abdominal y EED de úlcera anastomótica sobre antrectomía previa.

Resultados:

Se realiza vía laparoscópica degastro-gastrectomía, gastrectomía subtotal y reconstrucción en Y de

Roux. El postoperatorio cursa sin complicaciones.

### Conclusiones:

La úlcera sobre boca anastomótica se debe a la persistencia de hiperacidez gástrica causada por: 1. insuficiencia de exéresis gástrica; 2. persistencia de hipersecreción vagal que la exéresis gástrica no ha corregido en ausencia de vagotomía o si ésta ha sido incompleta; 3. ausencia de tamponamiento biliopancreático sobre la secreción ácida (en reconstrucciones Y de Roux de especialmente); 4. síndrome de Zollinger-Ellison.

El tratamiento de dicha úlcera se debe de dirigir hacia la causa: si la exéresis inicial es correcta se administran inhibidores de la bomba de protones y tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori*; si persiste se asocia vagotomía. En caso de exéresis gástrica insuficiente o si la úlcera es de gran tamaño es preciso ampliar la gastrectomía y realizar montaje en Y de Roux con o sin vagotomía.