

Úlcera marginal perforada en paciente postoperada de minibypass gástrico por laparoscopia

Marginal ulcer perforation after gastric minibypass

Meri Yeghiazaryan,^{*,‡} Adolfo Leyva Alvizo,^{*,§}
Oziel Cantú Delgado,^{*,¶} Pamela Hernández Arriaga^{*,||}

Palabras clave:

úlcera marginal,
bypass gástrico,
cirugía bariátrica,
obesidad.

Keywords:

marginal ulcer;
gastric bypass,
bariatric surgery;
obesity.

RESUMEN

La úlcera marginal es una complicación poco común posterior a *bypass* gástrico en Y de Roux y menos frecuente después de un *bypass* gástrico de anastomosis única. Se caracteriza por la formación de una úlcera en la anastomosis gastroyeyunal y puede ocurrir en etapas tempranas y tardías, siendo influenciada por factores locales y técnicos de la anastomosis. Se presenta el caso de una mujer de 34 años con antecedentes de tabaquismo y consumo de marihuana que se sometió a un minibypass gástrico y posteriormente experimentó cuadro de dolor abdominal intenso. Se realizó una laparoscopia diagnóstica que reveló una perforación de 1 cm en la anastomosis gastroyeyunal, lo cual llevó a la decisión de convertir el minibypass gástrico a un *bypass* gástrico en Y de Roux. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones. La úlcera marginal cuando está perforada es una complicación grave que puede requerir intervención quirúrgica de urgencia para reparar la perforación y prevenir complicaciones potencialmente mortales. Es importante identificar los factores de riesgo para prevenir y abordar las complicaciones. El diagnóstico y el tratamiento quirúrgico oportuno son fundamentales para prevenir complicaciones graves. El seguimiento postoperatorio y la evaluación regular son necesarios para asegurar adecuada evolución y prevenir recurrencias.

ABSTRACT

The marginal ulcer is an uncommon complication following Roux-en-Y gastric bypass, and although less frequent, it can also occur after a single-anastomosis gastric bypass. It is characterized by the formation of an ulcer at or near the gastrojejunal anastomosis and can occur in both early and late stages, influenced by local and technical factors of the anastomosis. We present the clinical case of a 34-year-old woman with a history of smoking and marijuana use who underwent a mini gastric bypass and subsequently experienced severe abdominal pain. Diagnostic laparoscopy revealed a 1 cm perforation at the gastrojejunal anastomosis, leading to the decision to convert the mini gastric bypass to a Roux-en-Y gastric bypass. The postoperative period was uneventful. Marginal ulcer, especially when perforated, is a serious complication that may require urgent surgical intervention to repair the perforation and prevent potentially life-threatening complications. It is important to identify risk factors to prevent and appropriately address complications. Early diagnosis and timely surgical treatment are crucial to prevent severe complications. Postoperative follow-up and regular evaluation are necessary to ensure proper recovery and prevent the recurrence of marginal ulcers.

Abreviaturas:

UM = úlcera marginal
EVA = escala visual análoga

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica es una herramienta eficaz en el manejo de la obesidad y patologías asociadas como diabetes tipo 2 e hiper-

tensión arterial. Entre las técnicas utilizadas, el minibypass gástrico por laparoscopia ha ganado popularidad por su relativa baja tasa de riesgos y buenos resultados en la pérdida de peso. Sin embargo, esta intervención no está exenta de complicaciones y una de ellas, que es poco común pero grave, es la úlcera marginal (UM) perforada.¹

Citar como: Yeghiazaryan M, Leyva AA, Cantú DO, Hernández AP. Úlcera marginal perforada en paciente postoperada de minibypass gástrico por laparoscopia. Cir Gen. 2025; 47 (3): 201-204. <https://dx.doi.org/10.35366/121428>

* Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud del Tecnológico de Monterrey, Monterrey, Nuevo León, México.
‡ R3 de Cirugía General. ORCID: 0000-0003-4235-3982
§ Cirujano General y Bariatra. ORCID: 0000-0001-7703-627X
¶ Cirujano General y Bariatra.
|| R4 de Cirugía General. ORCID: 0000-0003-2368-9608

Recibido: 08/11/2023
Aceptado: 21/06/2025



La UM es una complicación común después de un *bypass* gástrico en Y de Roux, y también puede ocurrir después de un *bypass* gástrico de anastomosis única, aunque con menor frecuencia. Se define como una úlcera en o cerca de la anastomosis gastroyeyunal. Puede ocurrir tanto en etapas tempranas como tardías y está asociada con factores locales y técnicos de la anastomosis.²

La UM perforada es una complicación poco común pero grave que generalmente se desarrolla como resultado de una úlcera péptica previa no tratada o en casos avanzados.²

El minibypass gástrico es un procedimiento quirúrgico de pérdida de peso que implica la reducción del tamaño del estómago y la reconexión del intestino delgado para limitar la absorción de nutrientes.³

Esta revisión tiene como objetivo proporcionar revisión de un caso clínico y una visión integral y actualizada sobre este tema para aumentar la conciencia entre los profesionales de la salud sobre la importancia de la detección temprana de esta patología y su manejo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 34 años con antecedentes de tabaquismo y consumo de marihuana se sometió a un minibypass gástrico en 2021, experimentando una pérdida de peso de 35 kg aproximadamente.

Acude con cuadro de 24 horas de evolución de dolor abdominal en epigastrio que se irradia hacia hipocondrio izquierdo, de tipo ardoroso, intensidad 7/10 en escala visual análoga (EVA) sin atenuantes acompañado de náusea. Niega fiebre y refiere aumento de la intensidad del dolor 10/10 en EVA que no cede con analgésicos, por lo que decide acudir a urgencias para valoración. Al interrogatorio intencionado refiere cinco meses de evolución con pirosis y dolor en epigastrio de tipo urente en manejo médico no especificado y con mal apego al mismo.

A la exploración física: alerta, cooperadora, facies álgicas. Signos vitales dentro de parámetros normales: tensión arterial en 112/76 mmHg, frecuencia cardíaca (FC) 88, latidos por minuto (lpm), frecuencia respiratoria (FR) 18 rpm, temperatura de 37 °C, saturación de

oxígeno 98%. Abdomen con evidencia de cicatrices por cirugía previa, peristalsis disminuida, blando, depresible, doloroso a la palpación en cuadrantes superiores de predominio en epigastrio e hipocondrio izquierdo, sin datos de irritación peritoneal.

Dentro de los laboratorios solicitados destaca una leucocitosis de 12,500/mm³ a expensas de neutrofilia en 75%, elevación de amilasa sérica en 118 U/L, resto dentro de parámetros normales. Se solicita tomografía computada de abdomen simple en la cual se reportan escasas y pequeñas burbujas de aire libre en abdomen, líquido libre, además de una posible hernia interna.

Se programa laparoscopia diagnóstica, se colocan cinco puertos de trabajo, se observa abundante líquido intestinal en cavidad abdominal, se comienza con la valoración de asas de intestino, identificando a nivel de anastomosis gastroyeyunal perforación en la cara posterior de la misma de 1 cm, (Figura 1) se decide convertir realizando laparotomía supraumbilical, resecando sitio de perforación (Figura 2) y realizando un *bypass* gástrico en Y de Roux mecánica midiendo asa alimentaria de 50 cm y asa biliopancreática a 130 cm utilizando grapadoras de 60 mm cartuchos azules y cerrando enterotomías con sutura PDS 2-0. Se realiza lavado de cavidad abdominal con 2.5 litros de solución fisiológica y se deja drenaje tipo Blake 19 Fr abocado proximal a sitio quirúrgico. Se envía a estudio histopatológico el segmento resecado que reporta lesión ulcerada con necrosis tumoral sin evidencia de malignidad.

Cursa adecuado postoperatorio, se realiza trago de bario hidrosoluble en su segundo día sin



Figura 1: Perforación en cara posterior de 1 cm a nivel de anastomosis gastroyeyunal.



Figura 2: Pieza final de resección con sitio de perforación.

datos de estenosis o fuga, se inicia dieta de líquidos claros con adecuada tolerancia, manteniendo signos vitales dentro de parámetros normales, abdomen sin datos de irritación peritoneal, canalizando gases, por lo cual se egresa al cuarto día después de su cirugía y se retira drenaje.

Se da seguimiento postquirúrgico por consulta a los siete días con adecuada evolución, se retiran grapas de la piel sin complicaciones, se cita nuevamente después para realizar endoscopia superior en 12 semanas.

DISCUSIÓN

La UM es una manifestación que surge en el sitio de unión entre el estómago reducido y el intestino delgado. Esta afección se produce por la alteración anatómica y funcional del tracto digestivo que se da después de una cirugía bariátrica, como el minibypass gástrico, lo que crea un entorno más propenso a acidez y, por ende, a la formación de úlceras. Si no se trata adecuadamente, esta úlcera puede perforarse, lo que lleva a la filtración del contenido gástrico al abdomen y puede causar complicaciones potencialmente mortales.¹

Las complicaciones de la UM abarcan desde la perforación hasta la estenosis, siendo la incidencia de la perforación de aproximadamente 1-2%.² Se deben tener en cuenta diversos factores de riesgo, como antecedentes de úlcera péptica, infección por *Helicobacter pylori*, tabaquismo, uso de esteroides, consumo de alcohol, diabetes mellitus, uso de antiinflamatorios no esteroides y factores técnicos como el tamaño del pouch gástrico.³

La endoscopia se establece como el método diagnóstico preferido para detectar la presencia de UM, permitiendo así una evaluación directa

de la mucosa gástrica y del sitio de unión con el intestino delgado. Los síntomas de una úlcera marginal perforada pueden incluir dolor abdominal intenso y repentino, sensibilidad al tacto en la zona del estómago, fiebre, náuseas, vómitos y distensión abdominal.³

El reflujo biliar es un tema discutido en las derivaciones gástricas, y en algunos casos puede ser necesario convertir a un *bypass* gástrico en Y de Roux. La incidencia de úlcera marginal después de este procedimiento varía, pero se sitúa entre 0.6 y 14.3%.⁴

En cuanto al tratamiento, una UM perforada generalmente requiere una intervención quirúrgica de urgencia para reparar la perforación y eliminar cualquier infección dentro de la cavidad abdominal. Durante el procedimiento quirúrgico, se procede con la reparación de la úlcera y, en algunos casos, se evalúa la probabilidad de realizar una revisión o conversión del minibypass gástrico a otro procedimiento bariátrico, según la condición específica de cada paciente y la gravedad de la situación.⁵

Estas consideraciones y abordajes terapéuticos resaltan la complejidad asociada a la UM perforada en pacientes postoperados de minibypass gástrico por laparoscopia, resaltando la importancia de una detección temprana, un manejo clínico adecuado y una cuidadosa evaluación de las posibles intervenciones quirúrgicas requeridas.

CONCLUSIONES

La UM perforada tras un minibypass gástrico es una complicación grave que exige una intervención quirúrgica urgente. Este caso en específico requirió una cirugía de emergencia y la conversión a un *bypass* gástrico en Y de Roux para prevenir futuras complicaciones.

La prevención y el abordaje temprano de la úlcera marginal perforada después de un minibypass gástrico son fundamentales para mitigar complicaciones graves. Esto resalta la importancia de una evaluación exhaustiva de los pacientes postoperados, un seguimiento cercano y una respuesta rápida ante cualquier indicio de esta complicación, con el fin de garantizar resultados óptimos y la seguridad a largo plazo de los pacientes sometidos a este tipo de cirugía bariátrica.

Este caso destaca la necesidad de una atención integral y continua para prevenir y abordar las complicaciones posteriores a la cirugía bariátrica, reforzando la importancia del manejo individualizado y de seguimiento cercano para garantizar la salud y el bienestar a largo plazo de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Kermansaravi M, Mahawar KK, Davarpanah JAH, Eghbali F, Kabir A, Pazouki A. Revisional surgery after one anastomosis/mini gastric bypass: a narrative review. *J Res Med Sci.* 2020; 30: 62.
2. Carbajo MA, Luque-de-León E, Jiménez JM, Ortiz-de-Solórzano J, Pérez-Miranda M, Castro-Alija MJ. Laparoscopic one-anastomosis gastric bypass: technique, results, and long-term follow-up in 1200 patients. *Obes Surg.* 2017; 27: 1153-1167.
3. Rodrigo DC, Jill S, Daniel M, Kimberly C, Maher EC. Which factors correlate with marginal ulcer after surgery for obesity? *Obes Surg.* 2020; 30: 4821-4827. doi: 10.1007/s11695-020-04960-z. Epub 2020 Sep 16. Erratum in: *Obes Surg.* 2020; 30: 4828.
4. Mahawar KK, Reed AN, Graham YNH. Marginal ulcers after one anastomosis (mini) gastric bypass: a survey of surgeons. *Clin Obes.* 2017; 7: 151-156.
5. Nguyen NT, Brethauer SA, Morton JM, Ponce J, Rosenthal RJ. Management of marginal ulcers. In: Nguyen NT, Brethauer SA, Morton JM, Ponce J, Rosenthal RJ. *The ASMBS Textbook of Bariatric Surgery.* 2nd ed. Springer; 2020. pp. 225-233.

Correspondencia:

Dra. Meri Yeghiazaryan

E-mail: dra.meriyeghiazaryan@gmail.com