

Abordaje endoscópico en cirugía bariátrica. Papel de la enteroscopia de doble balón

S. Chacón, P. Esteban, A. Campillo-Soto¹, P. del Pozo¹, E. Torrella, J. Shanabo y E. Pérez Cuadrado

Unidad de Intestino Delgado. Sección de Aparato Digestivo. ¹Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital General Universitario "Morales Meseguer". Murcia

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente mujer de 34 años de edad, intervenida hace 8 años mediante *bypass* gástrico con exclusión antropilórica, sin complicaciones inmediatas en el postoperatorio, que se remite a nuestra unidad para estudio de anemia ferropénica severa con requerimientos transfusionales y gastroscopia y colonoscopia normales. La EDB mostró mucosa normal de intestino delgado hasta la anastomosis, continuando de forma retrógrada hasta píloro sin detectar lesiones, pudiendo sobrepasarse este (Fig. 1) hasta el muñón gástrico, donde se apreció una lesión ulcerosa origen de la hemorragia digestiva, se pudo objetivar con mayor precisión haciendo retroversión en la misma cavidad (Fig. 2). Se objetivó la papila de aspecto normal *in situ*.



Fig. 1.



Fig. 2.

COMENTARIO

La cirugía de la obesidad, a largo plazo, es la mejor y única opción terapéutica que consigue pérdida de peso y mejoría de las comorbilidades en la obesidad mórbida. Dentro de las técnicas quirúrgicas, las derivativas producen una exclusión gástrica tras la anastomosis intestinal, quedando el estómago fuera del alcance de la endoscopia convencional. Habitualmente, el montaje en Y de Roux tiene alrededor de 100 cm anterógradamente hasta la anastomosis intestinal y otros 100 cm desde esta hasta el píloro en sentido retrógrado.

La endoscopia de doble balón (EDB) (1) permite la visualización anterógrada de todo el intestino delgado vía oral (2), por lo que es la técnica idónea para explorar este órgano.

El aumento de indicaciones para cirugía bariátrica, debido al incremento de la población obesa, puede originar el problema de acceso al estómago excluido por esta técnica quirúrgica, mediante la endoscopia convencional. El estómago excluido puede ser origen de hemorragia (en este caso, aunque conceptualmente hemorragia digestiva alta) no accesible a la terapéutica endoscópica convencional. Queda por conocer la incidencia de neoplasias en el estómago excluido y otras lesiones como las inducidas por AINE. Además de ello, en casos en que se requiera alimentación por gastrostomía (PEG), se ha desarrollado la técnica retrógrada (RPEG) (3) que también permitiría, tras maduración de la fístula, un fácil acceso a la papila desde la misma para colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).

La EDB se ha mostrado como una técnica útil, en este caso, para valorar estómago excluido tras cirugía bariátrica y abre la puerta a otras técnicas complementarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yamamoto H, Sekine Y, Sato Y, Higashizawa T, Miyata T, Iino S, et al. Total enteroscopy with a nonsurgical steerable double-balloon method. *Gastrointest Endosc* 2001; 53: 216-20.
2. Pérez-Cuadrado E, Esteban P, Shanabo J. Enteroscopia de doble balón vía oral hasta ciego. *Rev Esp Enferm Dig* 2007; 99 (6): 351.
3. Ross AS, Dye C. Double-balloon enteroscopy to facilitate retrograde PEG placement as access for therapeutic ERCP in patients with long-limb gastric bypass. *Gastrointest Endosc* 2007; 66 (2): 419.