

# *SECUELAS DE LA CIRUGÍA GÁSTRICA.*

Dr. José Perea García  
Cirugía Digestivo “B”

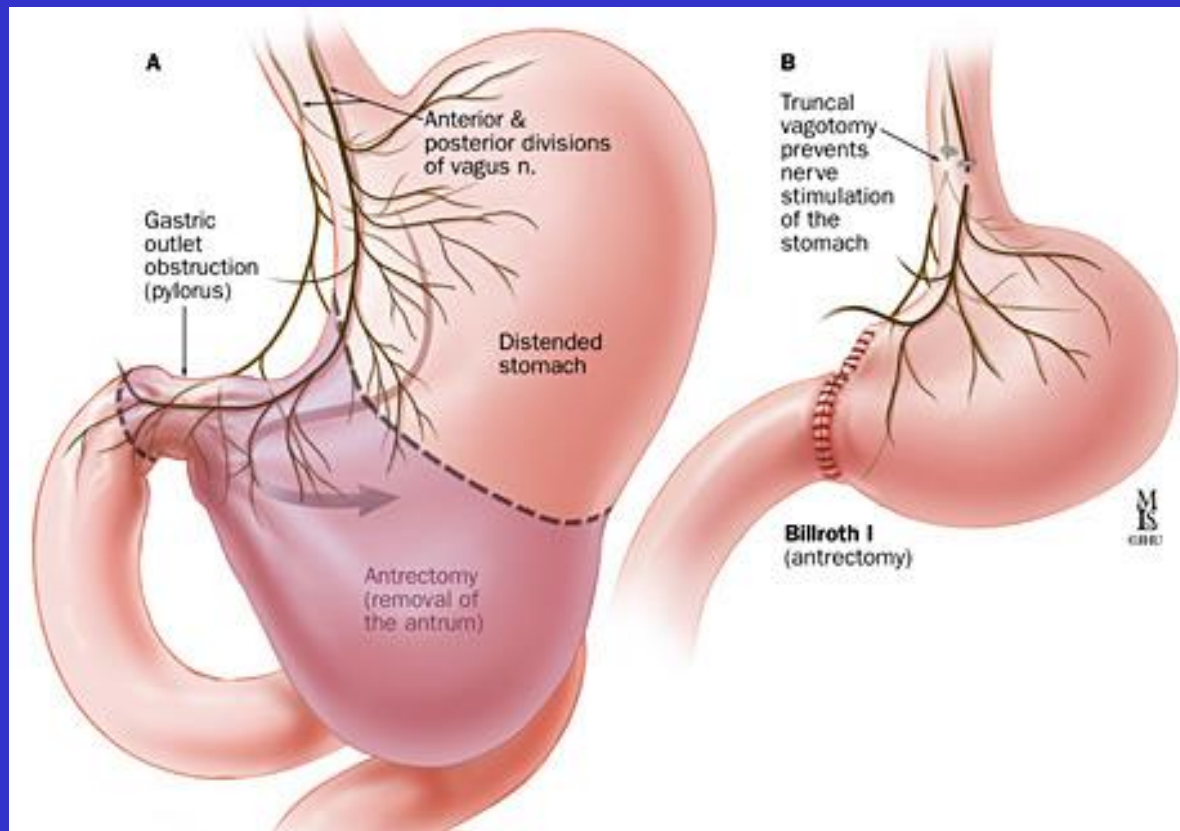
# INTRODUCCIÓN.

- Disminución en los últimos años debido al avance en el tratamiento de la úlcera péptica.
- Importancia de conocerlas para enfocar el diagnóstico de los pacientes sometidos a cirugía gástrica.
- La cirugía puede llevar a una situación no fisiológica. Para ello se llevará a cabo la reparación lo más fisiológica posible.

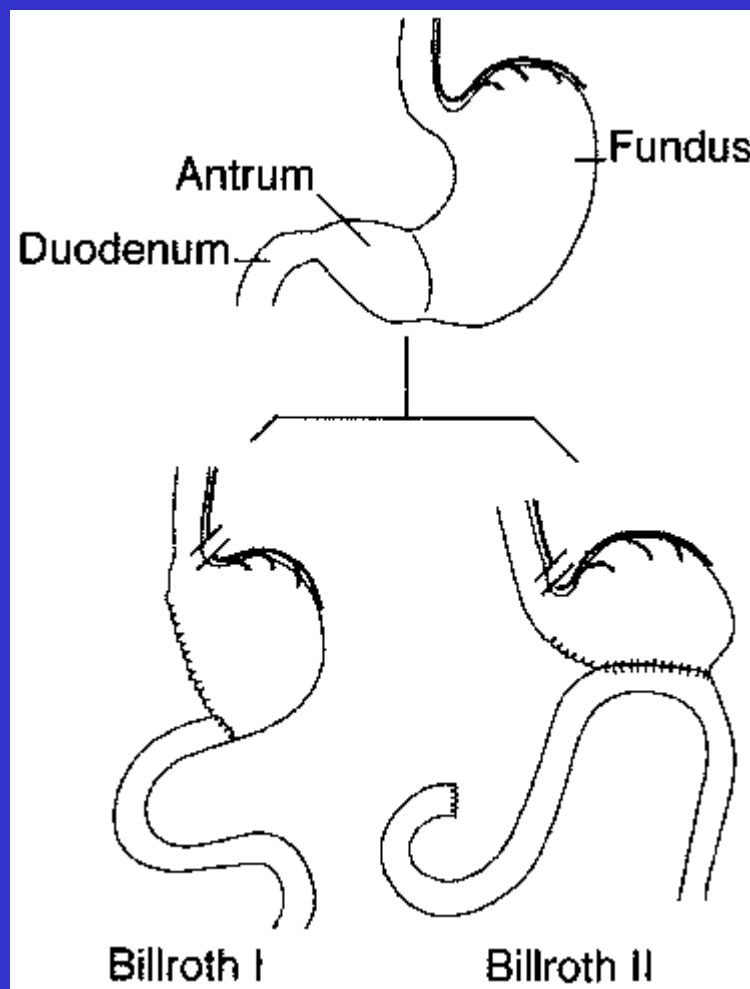
# TÉCNICAS QUIRÚRGICAS.

- Vagotomía + piloroplastia.
- Gastroyeyunostomía.
- Gastrectomía + Billroth I (Gastroduodenostomía).
  - + Billroth II (Gastroyeyonostomía).
  - + Y de Roux (Billroth III).

# TÉCNICAS QUIRÚRGICAS.



# TÉCNICAS QUIRÚRGICAS.



# TÉCNICAS QUIRÚRGICAS.



Magenresektion nach Billroth

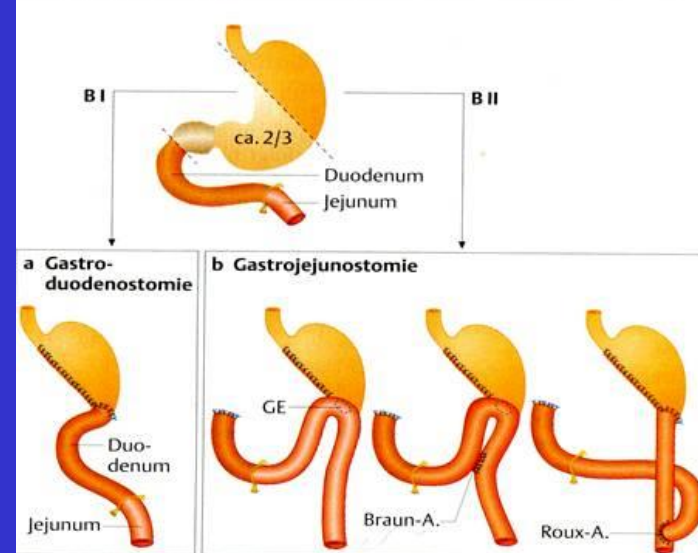


Abb. 22.7 a u. b  
**a** Beim B I wird der Magenrest mit dem Duodenum anastomosiert (Gastroduodenostomie).  
**b** Beim B II wird der Magen mit einer Jejunumschlinge anastomosiert (Gastrojejunostomie). Die Verbindung erfolgt als einfache GE (links im Bild), besser aber mit zusätzlicher Braun-Anastomose (Mitte) oder über eine Roux-Anastomose (rechts)

# CLASIFICACIÓN.

- A) INMEDIATAS. Hemorragia.  
Obstrucción.  
Peritonitis aguda.
- B) TARDÍAS. Úlcera recidivada.  
Gastritis por reflujo alcalino.  
Síndrome de Dumping.  
Diarrea postvagotomía.  
Síndrome de asa aferente.  
Alteraciones de la motilidad gástrica.  
Secuelas metabólica.  
MALIGNIZACIÓN.

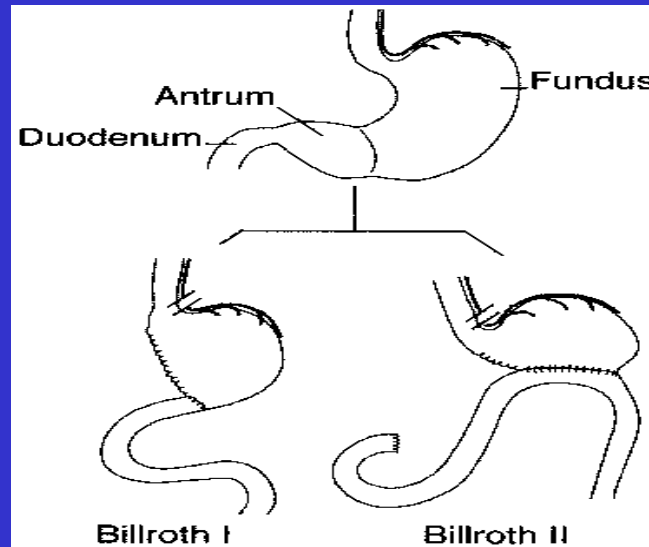
## ÚLCERA RECIDIVADA.

- Función de protección frente al jugo gástrico.
- A nivel de la anastomosis, siendo el reflejo de un fracaso de la cirugía.
- Etiología: Tras gastroyeyunostomía.
  - Vagotomía incompleta.
  - Gastrectomía insuficientemente amplia.



## ÚLCERA RECIDIVADA.

- Etiología: Síndrome del antro retenido  
(desaparición del feed-back - jugo y gastrina).



Síndrome de Zollinger-Ellison: Gastrinoma (DD).

## ÚLCERA RECIDIVADA.

- Clínica: Úlcera atípica.  
Complicaciones de la úlcera.
- Diagnóstico: Clínica ulcerosa; Antecedentes quirúrgicos.  
Test de Hollander: Vagotomía incompleta.
- Tratamiento: Inicialmente médico (menos éxito).  
Tratamiento quirúrgico: Completar la cirugía.

## GASTRITIS POR REFLUJO ALCALINO.

- Gastrectomías amplias, en las que se pierde la función del píloro, llegándose a producirse gastritis, esofagitis y hasta malignización.
- Necesario controles endoscópicos.
- Clínica: Dolor epigástrico, continuo, que se exacerba con la ingesta, y que no alivia con el vómito.  
Vómitos biliosos con restos alimenticio.  
Anemia, pérdida de peso, hemorragias GI.

## GASTRITIS POR REFLUJO ALCALINO.

- Diagnóstico: Historia clínica. Endoscopia.
- Tratamiento: a) Médico: Espasmolíticos. Colestiramina. Antiácidos con Aluminio.  
b) Quirúrgicos: Eficaz. Transformar el BII en III.  
Si hay BI o pioroplastia, antrectomía tb.

## SÍNDROME DE DUMPING.

“Vaciamiento rápido”, en especial en Billroth II.

Pérdida de función del píloro, mecánica y osmótica.

a) Precoz: H de C al duodeno estimula hormonas (CV; GI, anemia).

b) Tardío: 1-4 horas tras la ingesta, con clínica CV.

Aumento excesivo de Insulina por la ingesta de H de C, con la consiguiente hipoglucemia.

## SÍNDROME DE DUMPING.

Tratamiento: Raro que se llegue a la cirugía.

a) Dieta: Eliminar de la dieta los H de C.

No tomar muchos líquidos en comidas.

Comidas pequeñas y frecuentes, rica en proteínas.

Reposo postprandial (30 min), incorporado.

b) Médico: Anticolinérgicos.

Somatostatina y octeotride.

c) Quirúrgicos: Colocación de un asa en sentido antiperistáltico.

## SÍNDROME DE DUMPING.



## SÍNDROME DE ASA AFERENTE.

Anastomosis gastroyeyunales,  
sobre todo Billroth II.  
Causa mecánica.





## SÍNDROME DE ASA AFERENTE.

Síntomas: Vómitos biliosos postpandriales que alivian el dolor.

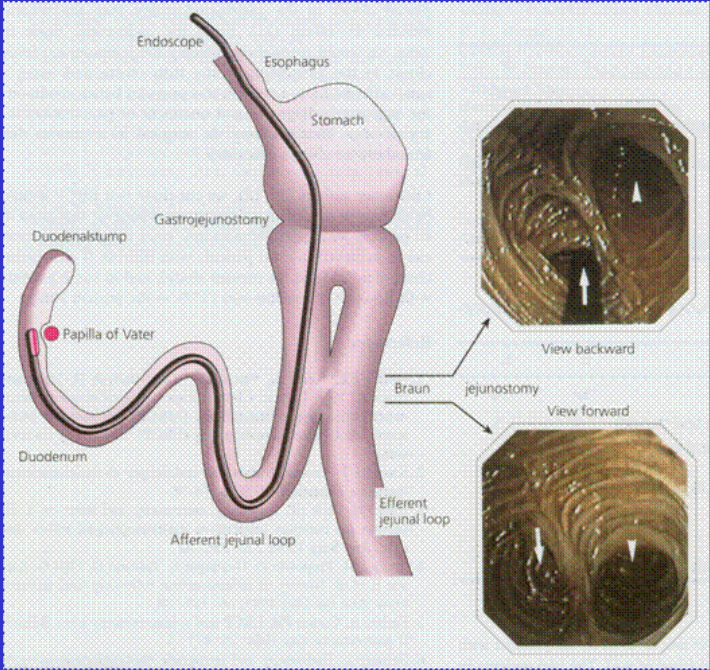
Dolor epigástrico con pesadez postpandrial

Síndrome de malabsorción.

Tratamiento: Quirúrgico.

Derivación en Y de Roux o enterostomía de Braun.

# SÍNDROME DE ASA AFERENTE.



## DIARREA POSTVAGOTOMÍA.

Cirugía que acelera el vaciamiento gástrico: Vagotomía.

Aumento del tránsito GI, malabsorción, y aumento de secreciones, con diarrea explosiva.

Tratamiento: a) Dietéticos: Dieta rica en fibra.

b) Médico: Colestiramida, loperamida.

c) Quirúrgicos: Prolongar el tiempo de tránsito:

Asa antiperistáltica o Y de Roux.

## ALTERACIONES DE LA MOTILIDAD GÁSTRICA.

- 20% de las cirugías, de forma precoz y con resolución espontánea.
- Tardía, con alteración funcional, no orgánica, por la vagotomía.
- Síntomas: Pesadez postprandial.  
Dolor epigástrico.  
Vómitos.
- Tratamiento: Médico. Antg de Dopamina, Cisapride, Eritromicina.

## SECUELAS METABÓLICAS.

A) Anemia: Ferropénica: Tardíamente (50%).

Hipocloridia y déficit del transferrina.

MEGALOBLÁSTICA: 5%. Déficit de factor intrínseco, así como sobrecrecimiento bacteriano.

B) Malabsorción: Grasas y proteínas.

C) Alteraciones del metabolismo óseo: Malabsorción de vitamina D.

D) Litiasis vesicular.