

# Fístula gastro-gástrica posterior a bypass gástrico: reporte de caso

## *Gastro-gastric fistula following gastric bypass: a case report*

Lázaro Antonio Arango Molano<sup>1,2,a,b</sup>, Andrés Sánchez Gil<sup>1,a</sup>, Herney Solarte Pineda<sup>1,c</sup>, Adhara Marina Estrada Torres<sup>1,c</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Caldas, Manizales, Colombia.

<sup>2</sup> Grupo Zentria eje cafetero, Unión de Cirujanos SAS., Manizales, Colombia.

<sup>a</sup> Gastroenterólogo clínico quirúrgico; <sup>b</sup> coordinador del programa de gastroenterología clínico quirúrgica de la universidad de caldas; <sup>c</sup> fellow de gastroenterología clínico quirúrgica

### RESUMEN

Una fistula gastro gástrica es una comunicación anormal entre la bolsa gástrica excluida y el remanente gástrico después de un Bypass gástrico con reconstrucción en Y de Roux. La fistula gastro gástrica usualmente ocurre, durante el periodo postoperatorio tardío de un bypass, en menos de <1% de los pacientes. El diagnóstico de una fistula gastro gástrica puede ser un desafío clínico, ya que puede cursar desde estados asintomáticos hasta síntomas inespecíficos, como dolor epigástrico, reganancia de peso, reflujo gástricoesofágico y emesis. Para diagnosticar esta rara complicación, se debe realizar una combinación de estudios endoscópicos y estudios de medios de contraste. No existe una estrategia de tratamiento óptimo. El manejo conservador se reserva para los pacientes asintomáticos. La corrección quirúrgica de la fistula gastro gástrica es un estándar de manejo, sin embargo, puede llegar a ser técnicamente difícil y tiene una mayor morbilidad que la cirugía bariátrica primaria. Es por esto que han surgido nuevas técnicas y abordajes endoscópicos en el manejo de la fistula gastrogástrica con prometedores resultados y seguridad.

**Palabras clave:** *Fistula Gástrica; Reflujo Gastroesofágico; Endoscopia Gastrointestinal* (fuente: DeCS Bireme).

### ABSTRACT

A gastro-gastric fistula is an abnormal communication between the excluded gastric pouch and the gastric remnant following Roux-en-Y gastric bypass surgery. This complication typically arises in the late postoperative period and occurs in fewer than 1% of patients. Diagnosing a gastro-gastric fistula can be clinically challenging, as it may present with a spectrum ranging from asymptomatic states to nonspecific symptoms such as epigastric pain, weight regain, gastroesophageal reflux, and emesis. A combination of endoscopic evaluation and contrast imaging studies is essential to establish a diagnosis. There is currently no optimal standardized treatment strategy. Conservative management is generally reserved for asymptomatic patients. Surgical correction remains the standard approach; however, it is technically demanding and associated with higher morbidity compared to primary bariatric procedures. Consequently, novel endoscopic techniques and approaches have emerged, demonstrating promising outcomes and safety profiles in the management of gastro-gastric fistulas.

**Keywords:** *Gastric Fistula, Gastroesophageal Reflux; Endoscopy, Gastrointestinal* (source: MeSH NLM).

Recibido: 16/06/2025  
Aprobado: 11/09/2025  
En línea: 30/09/2025

#### Contribución de los autores

LAAM, HSP, AMET: diseño y concepción del estudio. HSP, AMET: adquisición de datos. LAAM, HSP, AMET: análisis e interpretación de datos. AMET, HSP: redacción del manuscrito. LAAM, HSP, AMET: revisión crítica y aprobación final.

#### Conflictos de intereses

los autores declaran que no existen conflictos de interés en la realización de este artículo.

#### Financiamiento

No se recibió financiación de instituciones o particulares.

#### Citar como

Arango Molano LA, Sánchez Gil A, Solarte Pineda H, Estrada Torre AM. Fístula gastro-gástrica posterior a bypass gástrico: reporte de caso. Rev Gastroenterol Peru. 2025;45(3):318-21. doi: 10.47892/rgp.2025.453.1971.

#### Correspondencia:

Adhara Marina Estrada Torres  
Calle 57a No. 38 – 17 apto 601,  
Bogotá, Colombia.  
Teléfono: (+57) 3123020364  
E-mail: adhara.estrada59690@ucaldas.edu.co

## INTRODUCCIÓN

Una fistula gastro gástrica es una comunicación anormal entre la bolsa gástrica excluida y el remanente gástrico después de un Bypass gástrico con reconstrucción en Y de Roux<sup>(1)</sup>.

Después de la transección del estómago durante el bypass gástrico, puede ocurrir una falla tardía de la línea de grapas, que genera una comunicación fistulosa entre la bolsa proximal y el estómago distal. Dado que las porciones del estómago están completamente separadas, es probable que esto genere una fuga con formación de un absceso adyacente a la línea distal de sutura, que luego drena hacia el estómago distal formando una fistula gastro gástrica<sup>(2)</sup>.

La fistula gastro gástrica usualmente ocurre, durante el periodo postoperatorio tardío de un Bypass en menos de 1% de los pacientes y debe ser sospechada en casos de reganancia de peso o enfermedad dispéptica<sup>(3)</sup>.

El diagnóstico de una fistula gastro gástrica puede ser un desafío clínico, ya que puede cursar desde estados asintomáticos hasta síntomas inespecíficos, y su presentación va a depender de la etiología, la respuesta del paciente y el tiempo de presentación.

El manejo de la fistula gastro gástrica dependerá de la presentación y severidad de los síntomas del paciente y puede ir desde el manejo médico conservador, hasta opciones de intervención quirúrgica y endoscópicas.

Presentamos el caso de una paciente con antecedente de una cirugía bariátrica Bypass gástrico con reconstrucción en Y de Roux, que presenta en el postoperatorio tardío síntomas de reflujo gastroesofágico, con un hallazgo endoscópico e imagenológico de una fistula gastro gástrica,

a quién se le indicó manejo médico con inhibidores de la bomba de protones, logrando un adecuado control de los síntomas, por lo cual no fue necesario una intervención quirúrgica ni endoscópica adicional.

## CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 63 años de edad, con antecedente de cirugía bariátrica hace 15 años tipo Bypass gástrico con reconstrucción en Y de Roux para manejo de obesidad grado III con un IMC 40,3, alcanzando en el postoperatorio una reducción de peso hasta del 38%, que equivale a un IMC de 25. La paciente, consulta por cuadro clínico de 6 meses de evolución consistente en síntomas de reflujo gastroesofágico de predominio nocturno, se indicó manejo médico con inhibidores de la bomba de protones convencional y cambios en el estilo de vida, sin obtener mejoría, y se indicó realización de endoscopia alta de revisión.

En la endoscopia digestiva alta evidenció un remanente gástrico del 5%, sin lesiones, con hallazgo de 3 bocas anastomóticas que corresponden a la anastomosis gastroyeunal, al asa aferente de la anastomosis y a la fistula gastro gástrica. (Figura 1).

Los hallazgos endoscópicos se confirman con la radiografía de vías digestivas altas con medio de contraste, donde se visualiza el tamaño de la fistula gastro gástrica de 12 mm. (Figura 2).

Una vez realizado el diagnóstico de fistula gastro gástrica como causa del reflujo y teniendo en cuenta que la paciente no presentaba síntomas adicionales, se indicó manejo convencional con dosis doble de IBP, a lo cual la paciente responde adecuadamente, se decide continuar manejo y seguimiento médico, sin ningún tipo de intervención adicional.

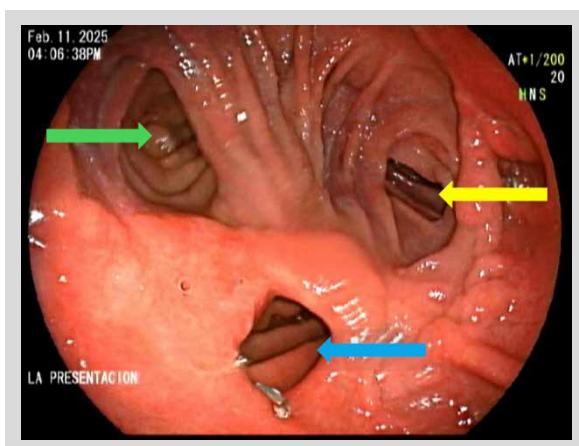


Figura 1. EVDA: fistula gastro – gástrica de anastomosis gastroentérica a estómago abandonado. Flecha verde: anastomosis, asa aferente. Flecha amarilla: anastomosis gastroyeunal, asa eferente 25 mm. (Asa alimentaria yeunal). Flecha azul: fistula gastro gástrica de 12 mm.

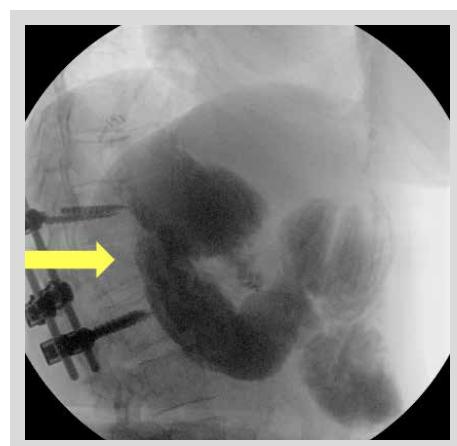


Figura 2. Vías digestivas altas evidencia de paso de material de contraste desde la bolsa gástrica hacia el remanente gástrico excluido. Flecha amarilla: Fístula gastro gástrica.

En este caso, teniendo en cuenta que los síntomas de reflujo gastroesofágico mejoraron con el manejo conservador farmacológico con IBP, se decide no realizar terapia intervencionista y reservarla si presenta aparición de nuevos síntomas o empeoramiento de los síntomas de reflujo. A pesar de que la reganancia de peso es el síntoma principal de los pacientes con reflujo gastroesofágico, probablemente, en esta paciente, no se presentó reganancia de peso ya que al ser mayor el radio de la anastomosis gastroyeyunal permite mayor flujo de material digerido en comparación con el trayecto fistuloso que tiene menor radio, esto explicado por la ley de Poiseuille y el principio de Bernoulli<sup>(4)</sup>.

### Consideraciones éticas

Declaración de consentimiento informado: al ser un artículo que contiene la presentación de imágenes tomadas de un caso clínico atendido en nuestra institución, se cuenta con la autorización escrita del paciente para la publicación de las fotografías. El presente trabajo es una revisión de la literatura por lo que no requirió aprobación por el Comité de ética.

### Consentimiento informado

Se obtuvo consentimiento informado por parte del paciente para la publicación del caso.

## DISCUSIÓN

La cirugía bariátrica ha tenido diferentes variaciones en el tiempo, desde el Bypass yeyuno ileal realizado por Richard Varco, considerado como el primer procedimiento bariátrico en el año de 1954, hasta técnicas de Bypass con única anastomosis o el grapeo del estómago sin corte y la confección del reservorio, este último presentando fistula gastro gástricas hasta en un 49%<sup>(1)</sup>.

En las técnicas convencionales la fistula gastro gástrica se puede presentar entre el 1% y 6%, los síntomas más comunes presentados son anemia y reganancia de peso, asociado o no, a una úlcera marginal, los síntomas menos comunes son el dolor abdominal, esteatorrea y reflujo gastroesofágico, este último con una presentación que varía desde el 0,4% al 4%<sup>(2,3)</sup>.

En la fisiopatología de la formación de una fistula gastro gástrica en un postoperatorio de cirugía gastrointestinal se han mencionado las siguientes teorías<sup>(5)</sup>: la división incompleta del estómago durante la creación del reservorio gástrico, la ruptura de la línea de grapas después de la cirugía, el desarrollo de una fuga que conduce a la formación del tracto de la fistula, y, la formación de un bloqueo parcial distal al reservorio gástrico después de la cirugía, lo que aumenta la presión en este y conduce a la formación de la fistula.

Así mismo, se ha propuesto que la generación de una fistula puede presentarse en los pacientes obesos

por la limitación de evaluar adecuadamente la unión esofagogastrica y el ángulo de His, que conlleva a una división incompleta del fondo gástrico y un cierre incompleto de la grapadora por la presencia de tejido adiposo redundante. El estómago posterior en esta zona puede ocultarse fácilmente detrás a la grasa intraabdominal. La visualización clara y definitiva del estómago completamente dividido es esencial para evitar esta complicación<sup>(1,2)</sup>.

Otra de las posibilidades puede ser la formación de una úlcera marginal. La incidencia reportada después de un LRYGB está entre 0,6% y 16% y la asociación entre una fistula gastro gástrica y una úlcera marginal se ha descrito hasta en un 52%<sup>(6)</sup>.

En cuanto al manejo de las fistulas gastro gástricas en la actualidad existen diferentes opciones de manejo como son la terapia farmacológica con inhibidores de bomba de protones, con adecuada respuesta<sup>(7)</sup>, manejo quirúrgico definitivo con cierre del trayecto fistuloso de manera abierta o laparoscópica, esta última con mejor respuesta y durabilidad<sup>(8,9)</sup> y manejo endoscópico el cual ha ofrecido una alternativa atractiva a la cirugía dado su perfil de seguridad.

Las fistulas gastro gástricas inicialmente pueden ser manejadas con un enfoque conservador y no quirúrgico, siempre y cuando el paciente permanezca asintomático y no se produzca la reganancia de peso. Las úlceras y el reflujo gastroesofágico refractario al manejo médico son las principales indicaciones para el manejo quirúrgico<sup>(10)</sup>.

Para el cierre de la fistula gastro gástrica por abordaje endoscópico existen diferentes técnicas las cuales se pueden utilizar como terapia única o en combinación como son:

1. Argón plasma asociado a:
  - Sutura
  - Plicatura endoscópica
  - Plicatura endoscópica, clips y sellante de fibrina
  - Plicatura endoscópica y clips
  - Plicatura endoscópica y pegante
  - Disección de la submucosa, sutura
  - Clips
2. Disección de la submucosa asociado a endosutura
3. Clips con sellantes de fibrina
4. Y como terapia única: Sutura endoscópica, clips o manejo con stents.

Al comparar los resultados de manejo quirúrgico con manejo endoscópico se evidenció que a pesar de tener un cierre de la fistula más duradero y mejoría en los índices de pérdida de peso, la tasa de presentación de eventos adversos tipo dolor abdominal, filtración gastrointestinal, absceso, sangrado, obstrucción intestinal y estenosis de la anastomosis gastroyeyunal es mayor en el abordaje quirúrgico que en el endoscópico<sup>(11)</sup>, en contraste con la

presentación de la úlcera marginal que se presentó con mayor frecuencia en el manejo endoscópico.

Para mejorar la tasa de éxito de cierre de fistulas con el cierre endoscópico se debe considerar el uso de técnicas combinadas o adyuvantes como los dispositivos que facilitan la aproximación tisular, que sujetan mejor el tejido fibrótico e introducen toda la abertura del defecto en el cap antes del anillo y el uso de terapia con argón plasma para la ablación del tracto fistuloso, estrategia que permite una aproximación tisular más completa y profunda, aumentando así las tasas de éxito a largo plazo. Así mismo, el uso de la fluoroscopia durante la endoscopia para evaluar las fugas periclip es otra medida que podría emplearse para aumentar potencialmente las tasas de éxito. Esto permite la identificación inmediata de una falla técnica que podría requerir intentos adicionales de colocación de clips durante la misma endoscopia<sup>(12)</sup>.

El tamaño de la fistulas > 1 cm fue un determinante importante de la falla de éxito del cierre endoscópico<sup>(11)</sup>. Las fistulas menores de 1 cm tienen mejor resultado en cuanto al cierre endoscópico, se ha reportado que cuando las fistulas son mayores de 20 mm la persistencia del cierre el del 0% comparativamente al 32% en los defectos < de 10 mm en un seguimiento endoscópico a los 395 días.

Para pacientes con fistula gastro gástrica posterior a un Bypass en Y de Roux, el manejo conservador puede considerarse de manera inicial siempre y cuando el paciente permanezca asintomático y no se produzca la reganancia de peso; a pesar de que el tratamiento quirúrgico tiene mayor tasa de éxito para el cierre definitivo de la fistula, el reparo endoscópico puede ser una alternativa viable a la revisión quirúrgica, ofreciendo potencialmente menos complicaciones y una recuperación más rápida. Una de las ventajas del manejo endoscópico es que si el cierre endoscópico falla, se puede proceder con la cirugía posteriormente, esto teniendo en cuenta que los intentos previos de endoterapia no afectan los resultados quirúrgicos.

**Uso de inteligencia artificial:** No se usaron plataformas de inteligencia artificial durante la búsqueda, el análisis de la información ni la redacción del artículo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Camacho D, Zundel N. Complications in Bariatric Surgery. Springer; 2018. doi: 10.1007/978-3-319-75841-1.
2. Branco Filho AJ, Kondo W, Nassif LS, Garcia MJ, Tirapelle RA, Dotti CM. Gastrogastric Fistula: A Possible Complication of Roux-En-Y Gastric Bypass. JSLS. 2006;10(3):326-331.
3. Díaz LS, Sánchez JJ, Martínez Crespo JJ. The gastro-gastric fistula as a complication of a gastric bypass. Rev Esp Enferm Dig. 2019;111(8):651-652. doi: 10.17235/REED.2019.6070/2018.
4. Pfitzner J. Poiseuille and his law. Anaesthesia. 1976;31(2):273-275. doi: 10.1111/j.1365-2044.1976.tb11804.x.
5. Yao DC, Stellato TA, Schuster MM, Graf KN, Hallowell PT. Gastrogastric fistula following Roux-en-Y bypass is attributed to both surgical technique and experience. Am J Surg. 2010;199(3):382-386. doi: 10.1016/j.amjsurg.2009.09.017.
6. Cho M, Kaidar-Person O, Szomstein S, Rosenthal RJ. Laparoscopic remnant gastrectomy: a novel approach to gastrogastric fistula after Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity. J Am Coll Surg. 2007;204(4):617-624.
7. Carabajo 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(5):1153-1167. doi: 10.1007/s11695-016-2428-1
8. Tsai C, Kessler U, Steffen R, Merki H, Zehetner J. Endoscopic Closure of Gastro-gastric Fistula After Gastric Bypass: A Technically Feasible Procedure but Associated with Low Success Rate. Obes Surg. 2019;29(1):23-27. doi: 10.1007/s11695-018-3488-1.
9. Carrodeguas L, Szomstein S, Zundel N, Lo Menzo E, Rosenthal R. Management of gastrogastric fistulas after divided Roux-en-Y gastric bypass surgery for morbid obesity: Analysis of 1292 consecutive patients and review of literature. Surg Obes Relat Dis. 2005;1(5):467-474.
10. Dolan RD, Jirapinyo P, Maahs ED, Thompson CC. Endoscopic closure versus surgical revision in the management of gastrogastric fistula following Roux-en-Y gastric bypass. Endosc Int Open. 2023;11(6):E629-E634. doi: 10.1055/a-2037-4764.
11. Niland B, Brock A. Over-the-scope clip for endoscopic closure of gastrogastric fistulae. Surg Obes Relat Dis. 2017;13(1):15-20. doi: 10.1016/j.sob.2016.08.005.
12. Fernandez-Esparrach G, Lautz DB, Thompson CC. Endoscopic repair of gastrogastric fistula after Roux-en-Y gastric bypass: A less-invasive approach. Surg Obes Relat Dis. 2010;6(3):282-288.