

DOI: 10.26820/reciamuc/9.(2).abril.2025.501-509

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1586>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 501-509



Manejo endoscópico de complicaciones en la cirugía bariátrica

Endoscopic management of complications in bariatric surgery

Tratamiento endoscópico de complicações na cirurgia bariátrica

Edison Néstor Sayay Tenesaca¹; Cindy Carolina Yamazca Muñoz²; Wladimir Alberto Delgado Conforme³

RECIBIDO: 05/01/2025 **ACEPTADO:** 15/03/2025 **PUBLICADO:** 27/06/2025

1. Médico General; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; edison.sayay@outlook.com;  <https://orcid.org/0009-0008-2783-6509>
2. Médica General; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; carolyamazca04@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0005-1084-3831>
3. Magíster en Criminalística y Ciencias Forenses; Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; wladimiroconford@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0001-8711-9025>

CORRESPONDENCIA

Edison Néstor Sayay Tenesaca

edison.sayay@outlook.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

La cirugía bariátrica es un conjunto de procedimientos quirúrgicos que se utilizan para tratar la obesidad y las enfermedades relacionadas, buscando una disminución significativa y sostenida del peso corporal cuando otros métodos no quirúrgicos no han tenido éxito. Estas intervenciones modifican el sistema digestivo para limitar la ingesta de alimentos, reducir la absorción de nutrientes, o una combinación de ambas. Para esta investigación sobre el manejo endoscópico de las complicaciones en la cirugía bariátrica, se realizó una revisión bibliográfica a través de la consulta de bases de datos biomédicas clave como PubMed, Scopus y Web of Science. Se utilizaron una combinación de términos de búsqueda controlados. Se aplicaron filtros para incluir estudios publicados en los últimos diez años, en inglés o español, que abordaran directamente la intervención endoscópica en la resolución de complicaciones tempranas o tardías de los procedimientos bariátricos. El manejo endoscópico ha emergido como una estrategia fundamental y altamente efectiva para abordar las diversas complicaciones que pueden surgir tras la cirugía bariátrica. Ofrece una alternativa menos invasiva a la reintervención quirúrgica, lo que se traduce en menores tasas de morbilidad y una recuperación más rápida para el paciente. La evidencia actual demuestra su utilidad y éxito en el tratamiento de afecciones críticas como fístulas, estenosis y hemorragias intraluminales.

Palabras clave: Cirugía bariátrica, Complicaciones postoperatorias, Manejo endoscópico, Estenosis, Hemorragia, Bypass gástrico.

ABSTRACT

Bariatric surgery is a set of surgical procedures used to treat obesity and related diseases, seeking a significant and sustained reduction in body weight when other non-surgical methods have been unsuccessful. These interventions modify the digestive system to limit food intake, reduce nutrient absorption, or a combination of both. For this research on the endoscopic management of complications in bariatric surgery, a bibliographic review was conducted through the consultation of key biomedical databases such as PubMed, Scopus, and Web of Science. A combination of controlled search terms was used. Filters were applied to include studies published in the last ten years, in English or Spanish, that directly addressed endoscopic intervention in the resolution of early or late complications of bariatric procedures. Endoscopic management has emerged as a fundamental and highly effective strategy to address the various complications that can arise after bariatric surgery. It offers a less invasive alternative to surgical reintervention, leading to lower morbidity rates and faster patient recovery. Current evidence demonstrates its utility and success in treating critical conditions such as fistulas, strictures, and intraluminal hemorrhages.

Keywords: Bariatric surgery, Postoperative complications, Endoscopic management, Strictures, Hemorrhage, Gastric bypass.

RESUMO

A cirurgia bariátrica é um conjunto de procedimentos cirúrgicos utilizados para tratar a obesidade e doenças relacionadas, buscando uma redução significativa e sustentada do peso corporal quando outros métodos não cirúrgicos não tiveram sucesso. Essas intervenções modificam o sistema digestivo para limitar a ingestão de alimentos, reduzir a absorção de nutrientes ou uma combinação de ambos. Para esta investigação sobre o tratamento endoscópico de complicações na cirurgia bariátrica, foi realizada uma revisão bibliográfica através da consulta de bases de dados biomédicas importantes, como PubMed, Scopus e Web of Science. Foi utilizada uma combinação de termos de pesquisa controlados. Foram aplicados filtros para incluir estudos publicados nos últimos dez anos, em inglês ou espanhol, que abordassem diretamente a intervenção endoscópica na resolução de complicações precoces ou tardias de procedimentos bariátricos. O tratamento endoscópico surgiu como uma estratégia fundamental e altamente eficaz para lidar com as várias complicações que podem surgir após a cirurgia bariátrica. Oferece uma alternativa menos invasiva à reintervenção cirúrgica, levando a taxas de morbidade mais baixas e recuperação mais rápida do paciente. As evidências atuais demonstram a sua utilidade e sucesso no tratamento de condições críticas, como fístulas, estenoses e hemorragias intraluminais.

Palavras-chave: Cirurgia bariátrica, Complicações pós-operatórias, Tratamento endoscópico, Estreitamentos, Hemorragia, Bypass gástrico.

Introducción

La cirugía como manejo alternativo de la obesidad ha tenido un impresionante desarrollo en los últimos 20 años; este desarrollo ha sido la expresión de la urgencia médica en función de encontrar un tratamiento efectivo y duradero para esta enfermedad, considerada una de las enfermedades crónicas epidémicas del siglo XXI (1). La obesidad mórbida impacta la salud física, psicológica y social de los pacientes, su mayor impacto es muerte por enfermedad cardiovascular isquémica, diabetes mellitus y cáncer. La cirugía bariátrica ha demostrado ser superior a las intervenciones no quirúrgicas en la reducción de peso en estos pacientes (2).

La cirugía bariátrica consiste en modificar la anatomía del tubo digestivo para lograr una disminución del volumen (técnicas restrictivas) y/o de la absorción de nutrientes (técnicas malabsortivas), con lo que se busca facilitar la pérdida de peso. Las técnicas quirúrgicas aceptadas internacionalmente son la gastroplastia tubular (también conocida como gastroplastia vertical o sleeve gástrico), el bypass gástrico en Y de Roux, la banda gástrica ajustable y la derivación biliopancreática (poco frecuente en nuestro medio), con preferencia por el abordaje laparoscópico frente al abierto (3).

El metabolismo en las personas con obesidad se eleva la cantidad y el tamaño del adipocito, lo que genera hipoxia, al mismo tiempo que se activan y movilizan las poblaciones leucocitarias, mientras que los mediadores proinflamatorios son liberados y se reducen los antiinflamatorios, lo que conlleva a que el paciente se mantenga en estado de inflamación ya que tiene resistencia a la insulina. Debido a ello, se ha optado por desarrollar nuevas alternativas que permitan a las personas con obesidad, reducir su peso en mayor proporción y en menor tiempo, estas incluye algunos tipos de cirugía bariátrica como la manga gástrica, la derivación biliopancreática con cruce duodenal y el Bypass gástrico en Y de Roux,

que es un procedimiento mixto (malabsortivo y restrictivo) que permite perder peso y controlar algunas comorbilidades derivadas de la obesidad como la dislipidemia, diabetes, hipertensión, etc. En la actualidad se han desarrollado 14867 Bypass Gástricos en Y de Roux, a pesar de que es el procedimiento más aplicado y de las bondades que aporta a los pacientes en el control de enfermedades y pérdida de peso, no está exento de derivar algunas complicaciones, motivo por el cual se expone el siguiente trabajo que es de gran importancia porque da a conocer las complicaciones tempranas y tardías de este procedimiento para que se las tenga en cuenta por los profesionales de la cirugía bariátrica y tomen las medidas necesarias en cuanto a la prevención y tratamiento de las mismas (4).

Metodología

Para esta investigación sobre el manejo endoscópico de las complicaciones en la cirugía bariátrica, se realizó una revisión bibliográfica sistemática a través de la consulta de bases de datos biomédicas clave como PubMed, Scopus y Web of Science. Se utilizaron una combinación de términos de búsqueda controlados y de texto libre, incluyendo "cirugía bariátrica", "complicaciones postoperatorias", "manejo endoscópico", "fístula", "estenosis", "hemorragia" y "bypass gástrico", entre otros. Se aplicaron filtros para incluir estudios publicados en los últimos diez años, en inglés o español, que abordaran directamente la intervención endoscópica en la resolución de complicaciones tempranas o tardías de los procedimientos bariátricos.

Resultados

Tipos de cirugía bariátrica

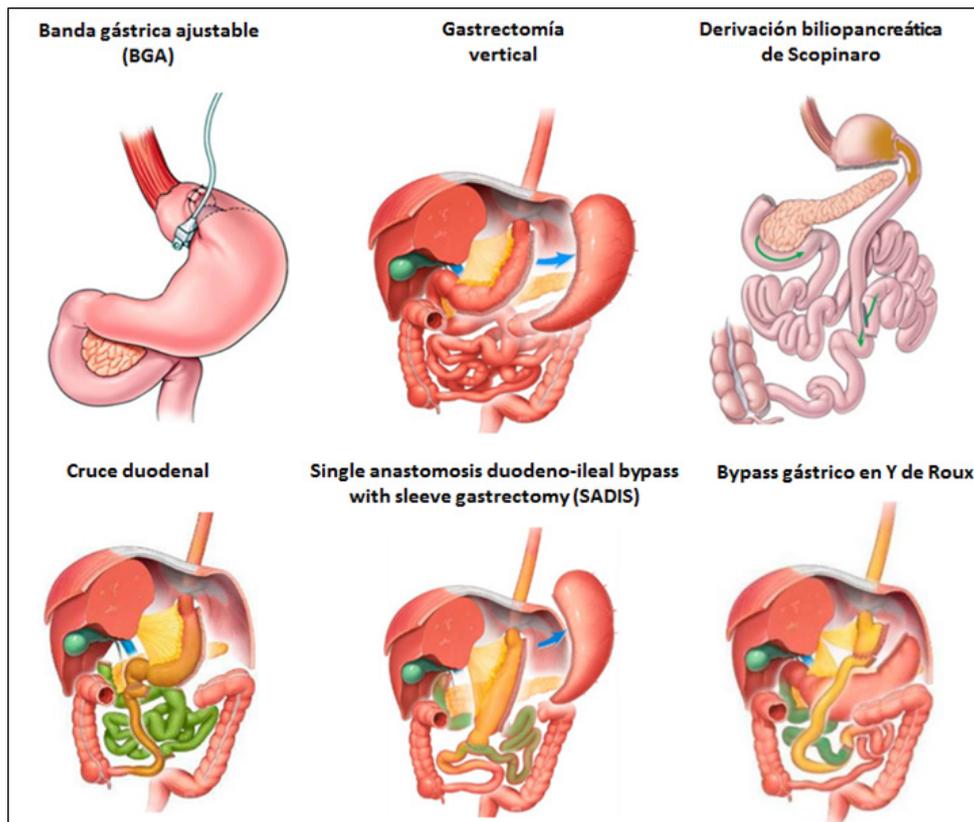


Figura 1. Tipos de cirugía bariátrica

Fuente: Sánchez Cordero (5).

Tradicionalmente, los procedimientos de reducción de peso se clasifican en malabsortivos, que reducen la absorción de nutrientes acortando el intestino funcional; restrictivos, que disminuyen el tamaño del estómago para limitar la ingesta de alimentos y promover la saciedad; y mixtos, que combinan ambas estrategias. Sin embargo, la pérdida de peso y la mejora de las enfermedades asociadas son más complejas, involucrando señales hormonales y enzimáticas, cambios en la circulación de sales biliares y alteraciones en la microbiota intestinal. Actualmente, la gastrectomía en manga (GM) y el bypass gástrico en Y de Roux (BPGYR) son los procedimientos más comunes a nivel mundial, realizados predominantemente por vía laparoscópica (6).

La gastrectomía en manga consiste en la resección del 70-80% del estómago, creando una forma tubular. Aunque se considera

principalmente restrictiva, también induce cambios hormonales que reducen el apetito y mejoran el control glucémico. El bypass gástrico en Y de Roux es el procedimiento "estándar de oro", conocido por su significativa pérdida de peso y baja morbilidad. Esta cirugía mixta implica la creación de una pequeña bolsa gástrica (30-50 ml) que se conecta a un asa del intestino delgado (asa alimentaria) de 150-200 cm, y también se crea un asa biliopancreática de 50-100 cm. La combinación de la restricción gástrica y la malabsorción de nutrientes, que ocurre cuando el bolo alimenticio se mezcla con las secreciones bilio-pancreáticas en una etapa posterior, lo convierte en un procedimiento complejo que requiere experiencia para su ejecución segura (6).

Complicaciones de la cirugía bariátrica y su manejo

Tabla 1. Complicaciones de la cirugía bariátrica y su manejo

Complicaciones	Tiempo de aparición después de la cirugía	Manejo terapéutico
Gastrectomía vertical laparoscópica:		
Fugas de la GVL	Postoperatorio o temprano	Depende del tiempo de la cirugía, stent esofágico, clips, endo-vac, sutura endoscópica para las fugas agudas o stents de pigtail para fugas crónicas.
Estenosis de la GVL	Cualquier momento	Dilación de la manga con balón hidrostático o neumático de la manga dependiendo del tiempo de la cirugía y el grado de estenosis.
Reflujo y sus complicaciones	Tardío	Alta dosis de IBP para el reflujo ácido, colestiramina para el reflujo alcalino. Conversión a BGYR.
Bypass gástrico en Y de Roux:		
Fugas quirúrgicas	Postoperatorio o temprano	Depende de la ubicación de la fuga y el tiempo desde la cirugía. Stent esofágico para fugas agudas en el pouch o G-Y. Clips, endo-vac para fugas Y-Y. Drenaje de stent pigtail para fugas crónicas.
Úlceras de la AGY	Temprano o tardío	Dosis altas IBP (forma soluble). Sucalfato. Tratar H. pylori si es positivo. Dejar de fumar y optimizar el control glucémico, evitar AINEs. Considerar la eliminación de suturas.
Estenosis de la AGY	Tardío	Dilatación endoscópica. No dilatar a más de 15mm.
Fístula gastro-gástrica	Temprano o tardío	Si es sintomático, cierre (endoscópico o quirúrgico). Si es asintomático, IBP más dieta.
Obstrucción intestinal	Temprano o tardío	Cirugía.
Coledocolitiasis	Tardío	Enteroscopia, CPRE asistido por laparoscópica, CPRE asistido por USE, drenaje percutáneo.
Aumento de calibre de la AGY	Tardío	APC o TORé.

APC, coagulación con plasma de argón; AGY, anastomosis gastroyéyunal; BGYR, Bypass gástrico en Y de Roux; ERCP colangiografía endoscópica retrógrada; G-Y, gastro-yeyunal; IBP, inhibidor de bomba de protones; USE, ultrasonido endoscópico; AGY, anastomosis gastroyéyunal; TORé, reducción endoscópica de la salida; Y-Y, yeyuno-yeyunal.

Fuente: Dorelo et al (7).

La cirugía bariátrica, aunque efectiva para la pérdida de peso, conlleva riesgos de complicaciones que varían según el tipo de procedimiento. La **Banda Gástrica Ajustable (AGB)**, antes muy común, ahora es menos frecuente. Sus complicaciones principales incluyen el deslizamiento del anillo (9-13%), causando disfagia y reflujo, diagnosticado por tránsito esofagogastroduodenal (TEGD) y manejado desinflando o retirando la banda. Otras complicaciones son la perforación gástrica (rara, 0.3-4.4%), con dolor abdominal intenso y fiebre, diagnosticada por TC, y la migración o erosión de la banda (1.9-11%), una complicación grave que se manifiesta con epigastralgia o hematemesis, y se diagnostica por fibroendoscopia (FEGD) para posterior ablación o retiro (8).

La Manga Gástrica (SG), una de las técnicas más populares, presenta como complicaciones comunes la estenosis gástrica (0.7-4%), causando náuseas y disfagia,

diagnosticada por TEGD o FEGD y tratada con dilatación endoscópica. También se observan déficits nutricionales (20%) de vitaminas y minerales, hemorragias y hematomas (<5%), y fugas gástricas (2%), que cursan con dolor y fiebre. **El Bypass Gástrico en Y de Roux (BPGYR)**, considerado seguro y muy utilizado, tiene una incidencia de estenosis anastomótica (8-19%), que se maneja con dilatación. Otras complicaciones incluyen hernias internas (1-9%) con dolor postprandial, úlceras marginales (12%) tratadas con medicación o cirugía, fístula gastrogástrica (1-2%) que causa reganancia de peso, deficiencias nutricionales (30-60%) más amplias y hemorragias (5%). Finalmente, **la Derivación Biliopancreática (DBP)**, menos frecuente, presenta hernias ventrales (10%), obstrucciones intestinales (1%) y déficits nutricionales severos (20-40%) como anemia o malnutrición proteica (8).



En resumen

Complicaciones tempranas: incluyen fugas, estenosis, hemorragias y eventos tromboembólicos venosos (TEV), e infecciones del sitio quirúrgico. Una fuga anastomótica es la complicación más temida de cualquier procedimiento bariátrico porque aumenta la morbilidad global al 61% y la mortalidad al 15%. Se debe sospechar e investigar una fuga en cualquier paciente con taquicardia persistente (>120 latidos por minuto), disnea, fiebre y dolor abdominal, y que aparezcan 3 días después de la operación. La tasa de detección de fugas en la anastomosis gastroyeyunal (AGJ) o en una SG mediante TC es del 60% al 80% (9).

La incidencia de estenosis tras la BGYR es del 8% al 19%. Las hemorragias postoperatorias que requieren intervención se producen hasta en un 11% de los casos, tanto en la BGYR como en la SG. La tasa de TEV tras una operación bariátrica es baja, se producen 3 semanas posterior a la intervención.

Complicaciones tardías: enfermedad por reflujo gastroesfágico (ERGE), hernias incisionales, fracaso de la pérdida de peso, déficits nutricionales, cáncer de esófago y gástrico, y úlceras marginales. Con el BG las cuatro complicaciones principales que se presentan son cálculos biliares, ulceración marginal 5%, hernia interna 2,5% y fistula gastrogástrica 1-6% (9).

Indicaciones de cirugía bariátrica

Las indicaciones para el manejo quirúrgico de la obesidad severa han evolucionado desde las directrices iniciales de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) en 1991. En 2017, se incluyeron pacientes con sobrepeso grado II u obesidad grado I o II en quienes el tratamiento médico tradicional había fallado o se usaba como complemento. También se consideraban candidatos para el tratamiento endoscópico a pacientes con obesidad mórbida (IMC > 50 kg/m²) (10).

Más recientemente, en 2022, la Sociedad Estadounidense de Cirugía Metabólica y

Bariátrica (ASMBS) y la Federación Internacional para la Cirugía de Obesidad y Trastornos Metabólicos (IFSO) publicaron indicaciones actualizadas. Ahora, los candidatos para cirugía bariátrica incluyen:

- **Adultos con un IMC ≥ 35 kg/m²,** independientemente de la presencia o gravedad de comorbilidades, debido a la superioridad de la cirugía sobre otras terapias en pacientes con obesidad grado II.
- **Adultos con un IMC entre 30.0 y 34.9 kg/m² y diabetes tipo 2.** En estos casos, la cirugía bariátrica se considera una opción si no se logra una pérdida de peso sustancial y duradera ni una mejora de las comorbilidades con métodos no quirúrgicos.
- **Adultos con un IMC entre 30.0 y 34.9 kg/m²** que no logran una pérdida de peso significativa y sostenible ni una mejora de las comorbilidades con métodos no quirúrgicos (10).

Es crucial que el criterio individual del cirujano se discuta con el paciente, respetando las indicaciones aceptadas. El paciente siempre tiene la opción de no proceder con la cirugía si cree que puede seguir perdiendo peso sin ella (10).

Manejo endoscópico de cirugía bariátrica

Las fugas o fistulas post cirugía bariátrica son complicaciones significativas que se clasifican según su tiempo de aparición (agudas, tempranas, tardías, crónicas) y pueden llevar a alta morbilidad y mortalidad. El manejo endoscópico es clave, junto con el control de la sepsis y el drenaje de colecciones. La colocación de prótesis metálicas autoexpandibles cubiertas es un tratamiento exitoso, con tasas de resolución del 72.8% para la manga gástrica y 76.1% para el bypass gástrico. Estudios más recientes (2021) reportan un cierre global de fistulas con prótesis del 92%, aunque con una migración de hasta el 23%. Otras opciones para fugas agudas y tempranas incluyen el

drenaje interno con catéteres pigtail (éxito del 84.7%) y el drenaje con presión negativa (e-vac), con tasas de éxito superiores al 90%. Los clips montados sobre el endoscopio (OTSC) han mostrado una efectividad del 67.1% como monoterapia. La sutura endoscópica y los pegamentos tisulares también se utilizan, estos últimos con tasas de éxito superiores al 90% en aplicaciones repetitivas (11).

Las estenosis post cirugía bariátrica pueden ocurrir en cualquier paciente operado, con una incidencia entre el 2% y el 28% en el bypass gástrico y entre el 0.1% y el 4% en la manga gástrica. Para las estenosis en el bypass gástrico, el tratamiento estándar es la dilatación con balones hidroneumáticos, con tasas de éxito entre el 77% y el 100%. En la manga gástrica, las estenosis suelen ser mecánicas o funcionales, tratándose con balones de dilatación de acalasia, reportando una resolución endoscópica de hasta el 82%. El tratamiento endoscópico sigue siendo la primera línea para esta complicación (11).

La hemorragia intraluminal post cirugía bariátrica tiene una incidencia global del 2% al 4%. Aunque la mayoría se autolimita, la hemorragia persistente o intensa requiere manejo endoscópico. Los métodos estándar de hemostasia endoscópica incluyen terapia dual con epinefrina, clips, métodos térmicos y polvos. Para úlceras marginales, se aplica tratamiento con IBP y erradicación de *Helicobacter pylori*. Si la hemorragia no es accesible por endoscopia convencional (por ejemplo, en el estómago excluido del BPGYR o en la anastomosis yeyunoyeyunal), se puede recurrir a la enteroscopia retrógrada o la exploración quirúrgica (11).

Pronóstico

El índice de masa corporal (IMC) inicial, la edad del paciente, el tipo de procedimiento quirúrgico realizado y la existencia de comorbilidades son factores que contribuyen a una cirugía bariátrica exitosa. Después de la cirugía, los pacientes jóvenes y con un IMC

bajo son más propensos a tener resultados positivos a largo plazo, con una tasa de éxito del 70%, según estudios recientes, como Adams et al. (2019). Además, según investigaciones como la de O'Brien et al (2018), la presencia de comorbilidades como la tensión arterial elevada, diabetes mellitus y la apnea del sueño puede afectar el éxito de la cirugía, con mejoras en las tasas de remisión del 50% al 80%. Sin embargo, el tipo de procedimiento quirúrgico también puede ser importante, ya que ciertos métodos, como la derivación gástrica en Y de Roux, pueden ofrecer tasas de éxito superiores al 70% relacionadas a la pérdida de peso y remisión de enfermedades asociadas en comparación con otros procedimientos. En resumen, la evaluación cuidadosa de estos factores antes de la cirugía puede ayudar a predecir el éxito del procedimiento y orientar la selección del tratamiento más adecuado para cada paciente (12).

La cirugía bariátrica ha demostrado ser una herramienta eficaz para la pérdida de peso y la reversión de comorbilidades. Históricamente, el éxito quirúrgico se basó en el concepto de "peso ideal", derivado de tablas de mortalidad. En las décadas de 1970 y 1980, los criterios de éxito eran variados y a menudo definidos por cada cirujano, usando métricas como el porcentaje de pérdida del peso preoperatorio. Reinhold, en 1982, fue pionero en valorar los resultados basándose en el "peso ideal", utilizando múltiplos del peso corporal ideal (IBW) para clasificar los resultados como fracaso, éxito o excelente. Otros investigadores, como Halverson y Koehler, optaron por el porcentaje de sobrepeso perdido, considerando un éxito si se superaba el 50%. Estas primeras definiciones carecían de uniformidad, dificultando la comparación entre estudios y la evaluación objetiva del éxito a largo plazo (5).

En un esfuerzo por estandarizar la evaluación, la National Institute of Health Consensus Conference on Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity en 1997 reconoció la necesidad de criterios que incluyeran la

pérdida de peso, la resolución de comorbilidades y la calidad de vida. Esto llevó al desarrollo del sistema BAROS (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System) en 1998, que combina estas variables en una escala de puntuación. Más tarde, Baltasar et al propusieron incluir el Índice de Masa Corporal (IMC) junto al porcentaje de pérdida de sobrepeso (%PSP). Sin embargo, con el tiempo, se identificó que métricas clásicas como el Porcentaje de Pérdida del Exceso de Peso (%EWL) y el Porcentaje de Pérdida de Exceso de IMC (%PEIMC) presentaban variabilidad. Por ello, parámetros como la Pérdida de Peso Total (%TWL) y la Pérdida de Peso Alterable (%AWL) han emergido como medidas más apropiadas, al ser independientes del IMC preoperatorio y facilitar la comparación entre diferentes grupos y técnicas quirúrgicas. La ASMBS e IFSO ahora recomiendan encarecidamente incluir el %TWL en las publicaciones de resultados, consolidándolo como un estándar en la evaluación de la cirugía bariátrica (5).

Conclusión

El manejo endoscópico ha emergido como una estrategia fundamental y altamente efectiva para abordar las diversas complicaciones que pueden surgir tras la cirugía bariátrica. Ofrece una alternativa menos invasiva a la reintervención quirúrgica, lo que se traduce en menores tasas de morbilidad y una recuperación más rápida para el paciente. La evidencia actual demuestra su utilidad y éxito en el tratamiento de afecciones críticas como fístulas, estenosis y hemorragias intraluminales.

La versatilidad de las técnicas endoscópicas, que incluyen la colocación de prótesis, clips, drenajes internos y el uso de balones de dilatación, permite un enfoque personalizado y dirigido a la naturaleza específica de cada complicación. A pesar de los avances, la selección del tratamiento más adecuado siempre debe considerar el tipo de complicación, su cronicidad y la condición clínica general del paciente, buscando siempre la

combinación de una intervención endoscópica oportuna con un manejo médico de soporte para optimizar los resultados.

Bibliografía

- Morocho Cuadrado LA, Calvopiña Ponce DA. Tratamiento post-quirúrgico a pacientes de cirugía bariátrica [Internet]. Universidad Nacional de Chimborazo; 2023. Available from: [http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/11360/1/Calvopiña Ponce%20D y Morocho Cuadrado%20CL%282023%29Tratamiento post-quirúrgico a pacientes de cirugía bariátrica. %28Tesis e Pregrado%29 Universidad Nacional de Chimborazo%20 Riobamba%20 Ecuador.pdf](http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/11360/1/Calvopiña_Ponce%20D_y_Morocho_Cuadrado%20CL%282023%29Tratamiento_post-quirúrgico_a_pacientes_de_cirugía_bariátrica.%28Tesis_e_Pregrado%29_Universidad_Nacional_de_Chimborazo%20Riobamba%20Ecuador.pdf)
- Hernández Vargas MA. Complicaciones a corto y largo plazo de cirugía bariátrica: Manga gástrica laparoscópica [Internet]. UNIVERSIDAD DE COSTA RICA; 2021. Available from: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/server/api/core/bitstreams/bb3e5e62-f295-4111-be22-ca055c09f601/content>
- García Ferrer M, Gálvez García C, Román García P, Álvarez Jáñez F, Rocha Íñigo T, Morales Conde S. Cirugía Bariátrica en Estudios de Imagen: Hallazgos normales y complicaciones. *Seram*. 2021;1(1).
- Valdivieso Ludeña KA. Complicaciones y tratamiento post cirugía bariátrica bypass gástrico en y de Roux [Internet]. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA; 2023. Available from: <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/d4da964a-1d1d-47f4-a8b3-2aad80b47272/content>
- Sánchez Cordero S. Evaluación de los resultados de pérdida ponderal de la cirugía bariátrica a largo plazo [Internet]. Universitat Autònoma de Barcelona; 2023. Available from: https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2024/hdl_10803_690711/ssc1de1.pdf
- Grimoldi-Santorsola M, Irrázaval-Mainguyague MJ, Riveros-González S, Retamal-Brendel S, Crovari-Eulufi F, Quezada-Sanhueza N. Complicaciones quirúrgicas de la cirugía bariátrica: abordaje enfocado al médico general y urgenciólogo. *ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2025 Mar 24;50(1):43–57. Available from: <https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/2099>
- Dorelo R, Rodríguez G, Tchekmedyan AJ, Cedrón-Cheng H. Recorriendo el camino hacia el éxito en cirugía bariátrica: el rol fundamental de la endoscopia bariátrica. *Rev Gastroenterol del Perú* [Internet]. 2024 Mar 18;44(1):52–62. Available from: <https://revistagastroperu.com/index.php/rgp/article/view/1691>

Cuenca Rivera GE. Complicaciones de la cirugía bariátrica. Revisión sistemática [Internet]. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA; 2023. Available from: <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/e07f9928-88e4-4564-acb4-4d68299a738c/content>

Cuenca Rivera GE, Saldarriaga Basurto BS, Rodas Andrade JR, Pérez Ramírez JE. Complicaciones de la cirugía bariátrica. Revisión sistemática. *Tesla Rev Científica* [Internet]. 2024 Jan 9;4(1):e355. Available from: <https://tesla.puertomaderoeditorial.com.ar/index.php/tesla/article/view/355>

Reyes Ramón MS, Taboada Paute BD. Actualización bibliográfica de la cirugía bariátrica, indicaciones y complicaciones. [Internet]. Universidad de Cuenca; 2024. Available from: <https://rest-dspace.ucuenca.edu.ec/server/api/core/bitstreams/15f96d12-7b5f-4dfe-9e02-4b1a6413ba6e/content>

Valenzuela-Salazar C. Tratamiento endoscópico de complicaciones de cirugía bariátrica. *Rev Endosc* [Internet]. 2021 Jul 28;33(91). Available from: http://www.endoscopia-ameg.com/frame_esp.php?id=149

Siguencia Jaramillo GE. Efectividad de la cirugía bariátrica en la obesidad mórbida. Revisión sistemática. [Internet]. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA; 2025. Available from: <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/9352f16b-8399-4e74-9f59-db1871c0d628/content>

CITAR ESTE ARTICULO:

Sayay Tenesaca, E. N., Yamazca Muñoz, C. C., & Delgado Conforme, W. A. (2025). Manejo endoscópico de complicaciones en la cirugía bariátrica. *RECIAMUC*, 9(2), 501-509. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/9.\(2\).abril.2025.501-509](https://doi.org/10.26820/reciamuc/9.(2).abril.2025.501-509)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.