

CASO CLÍNICO

<https://doi.org/10.31837/cir.urug.9.1.21>
https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/index
revista@scu.org.uy

Síndrome de dumping postquirúrgico en paciente con bypass**gástrico: reporte de un caso clínico****Postsurgical dumping syndrome in a patient with gastric****bypass: clinical case report****Síndrome de dumping pós-cirúrgica em paciente submetido a****bypass gástrico: relato de caso clínico**

Jorge Andrés Hernández-Navas
jorgeandreshernandez2017@gmail.com

0009-0001-5758-5965
Médico investigador. Universidad de Santander,
Facultad de Medicina, Bucaramanga, Colombia

Luis Dulcey-Sarmiento
luismedintcol@gmail.com

0000-0001-9306-0413
Médico especialista en medicina interna. Universidad de los Andes,
Facultad de Medicina, Mérida, Venezuela

Jaime Gómez-Ayala
jgomez608@unab.edu.co

0000-0002-1103-9598
Médico especialista en medicina interna. Universidad Autónoma de Bucaramanga,
Facultad de Medicina, Colombia

Juan Therán-León
jtheran554@unab.edu.co

0000-0002-4742-0403
Médico especialista en medicina familiar. Universidad
de Santander, Facultad de Medicina, Bucaramanga, Colombia.

Luis Toscano-Dulcey
luisfer10219@gmail.com

0009-0003-7656-1904
Médico general. Universidad de Santander,
Facultad de Medicina, Bucaramanga, Colombia

Recibido: 09/05/2025

Aceptado: 23/10/2025

Resumen

Se reporta el caso de una paciente de 42 años con antecedente de cirugía de bypass gástrico, quien presentó síntomas compatibles con síndrome de dumping, caracterizado por sudoración, palpitaciones, mareo y diarrea postprandial. Los estudios paraclínicos evidenciaron una respuesta bifásica en la prueba de tolerancia a la glucosa, con hiperglucemia inicial e hipoglucemia tardía, junto con un vaciamiento gástrico acelerado en la gammagrafía con radionucleótidos. El manejo incluyó modificaciones dietéticas con fraccionamiento de comidas, reducción de carbohidratos simples y aumento en el consumo de proteínas y grasas, con mejoría clínica. Este caso enfatiza la importancia del reconocimiento temprano del síndrome de dumping y la implementación de estrategias nutricionales para mejorar la calidad de vida del paciente tras cirugía bariátrica.

Palabras clave: Síndrome de dumping, Cirugía bariátrica, Vaciamiento gástrico acelerado.

Abstract

We report the case of a 42-year-old female patient with a history of gastric bypass surgery who presented with symptoms consistent with dumping syndrome, including sweating, palpitations, dizziness, and postprandial diarrhea. Paraclinical studies revealed a biphasic response in the oral glucose tolerance test, with early hyperglycemia followed by late hypoglycemia, as well as accelerated gastric emptying on radionuclide scintigraphy. Management included dietary modifications, such as meal fractionation, reduction of simple carbohydrates, and increased protein and fat intake, leading to clinical improvement. This case highlights the importance of early recognition of dumping syndrome and the implementation of nutritional strategies to enhance the quality of life of patients after bariatric surgery.

Keywords: Dumping syndrome, Bariatric surgery, Accelerated gastric emptying.

Resumo

Relatamos o caso de uma paciente de 42 anos com histórico de cirurgia de bypass gástrico que apresentou sintomas compatíveis com síndrome de dumping, caracterizados por sudorese, palpitações, apatia e diarreia. Exames complementares revelaram tumores pós-bifásicos sem teste de tolerância à glicose, com hiperglicemia inicial e hipoglicemia tardia, além de esvaziamento gástrico acelerado e cintilografia com radionuclídeos. O tratamento incluiu modificações na dieta, como refeições menores, redução de carboidratos simples e aumento da ingestão de proteínas e gorduras, resultando em melhora clínica. Este caso destaca a importância do reconhecimento precoce da síndrome de dumping e da implementação de estratégias nutricionais para melhorar a qualidade de vida de pacientes após cirurgia bariátrica.

Palavras chave: Síndrome de Esvaziamento Rápido, Cirurgia Bariátrica, Esvaziamento gástrico acelerado.

Introducción

El síndrome de dumping constituye una de las complicaciones más frecuentes tras la cirugía bariátrica, especialmente después del bypass gástrico en Y de Roux, y que se produce por la alteración en la fisiología del vaciamiento gástrico. La pérdida del reservorio gástrico normal y la sección de los mecanismos esfinterianos favorecen el paso rápido y no regulado del contenido alimentario hacia el intestino delgado, lo que origina una cascada de fenómenos osmóticos, hormonales y metabólicos.¹

Desde el punto de vista fisiopatológico, se distinguen dos variantes clínicas. El dumping precoz, que aparece en los primeros 30 minutos postprandiales, se debe a la llegada súbita de nutrientes hiperosmolares al intestino delgado, lo que genera un rápido desplazamiento de líquidos intravasculares hacia la luz intestinal. Este fenómeno produce distensión abdominal, diarrea, hipotensión y síntomas vasomotores mediados por una respuesta vagal compensatoria. Por otro lado, el dumping tardío se presenta entre 1 y 3 horas después de la ingesta y obedece a un mecanismo endocrino metabólico en el cual la absorción rápida de la glucosa genera una hiperglucemia inicial que estimula una secreción desproporcionada de insulina, con la consiguiente hipoglucemia reactiva, responsable de manifestaciones neurogénicas (sudoración, palpitación, ansiedad) y neuroglucopénicas (Mareo, debilidad, confusión).²⁻³

La incidencia global del síndrome de dumping tras cirugía bariátrica varía entre el 20% y el 50%, dependiendo tanto de la técnica quirúrgica como de los criterios diagnósticos empleados. En América Latina, el crecimiento en el número de procedimientos bariátricos ha favorecido un aumento progresivo de esta complicación, que repercute de manera significativa en la calidad de vida al limitar la adherencia a las pautas nutricionales y comprometer la absorción adecuada de nutrientes esenciales.^{2,3,4}

El diagnóstico se fundamenta en la clínica, pudiéndose apoyar en herramientas como el cuestionario de Sigstad y pruebas de provocación. Entre estas últimas, la prueba de tolerancia oral a la glucosa puede mostrar la respuesta bifásica con hiperglucemia inicial seguida de hipoglucemia tardía, mientras que los estudios de vaciamiento gástrico con radionúclidos confirman el tránsito acelerado del contenido gástrico, aunque con una sensibilidad limitada. El abordaje terapéutico es inicialmente conservador e incluye modificaciones dietéticas dirigidas a fraccionar la ingesta, restringir los carbohidratos simples, incrementar el aporte de proteínas y grasas, y separar la ingesta de líquidos respecto a las comidas.

En los casos que no responden a estas medidas, se han empleado con éxito fármacos como los análogos de la somatostatina, capaces de retardar el vaciamiento gástrico y modular la secreción de insulina.^{2,3,4}

Este artículo presenta el caso de una paciente sometida a bypass gástrico en Y de Roux que desarrolló síndrome de dumping, destacando los hallazgos clínicos y complementarios que confirmaron el diagnóstico y el manejo implementado. El caso enfatiza la importancia de un reconocimiento oportuno de esta complicación, cuyo conocimiento resulta esencial para optimizar la atención postquirúrgica y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Caso clínico

Se presenta el caso de una paciente femenina de 42 años con antecedente de cirugía de bypass Y de Roux por obesidad mórbida hace seis meses, quien consulta por episodios recurrentes de sudoración, palpitaciones, mareo y diarrea aproximadamente 30 minutos después de la ingesta de comidas ricas en carbohidratos. Además, refiere sensación de plenitud gástrica precoz, dolor abdominal leve y fatiga postprandial, síntomas que han ido en aumento progresivo en los últimos meses.

En la evaluación física se evidencia sudoración profusa, taquicardia de 110 lpm, palidez cutánea y leve distensión abdominal sin signos de irritación peritoneal. Se realizó una prueba de tolerancia a la glucosa oral que evidenció una respuesta bifásica con hiperglucemia temprana (160 mg/dL a los 30 minutos) e hipoglucemia tardía (70 mg/dL a los 60 minutos y 50 mg/dL a los 120 minutos), compatible con síndrome de dumping tardío. Los niveles de insulina y péptido C postprandiales mostraron un patrón de hiperinsulinismo reactivo secundario a vaciamiento gástrico acelerado. La prueba de vaciamiento gástrico con radionucleótidos confirmó un vaciamiento rápido del contenido gástrico con un tiempo de vaciamiento al 50% de 15 minutos (normal >60 minutos), característico del síndrome de dumping precoz. Los electrolitos séricos evidenciaron hipokalemia leve (potasio 3.2 mEq/L), posiblemente secundaria a la diarrea postprandial. No fue necesario el uso de octreótida en este caso, dado que la paciente presentó una respuesta clínica favorable únicamente con el manejo médico-dietético. Se indicó seguimiento nutricional y metabólico estrecho para prevenir complicaciones futuras.

Discusión

El síndrome de dumping es una complicación bien documentada de las cirugías bariátricas, particularmente del bypass gástrico en Y de Roux, y se debe a un vaciamiento gástrico acelerado que desencadena una respuesta metabólica anormal. En este caso, la paciente presentó síntomas clásicos tanto de la forma precoz como tardía del síndrome de dumping, con manifestaciones vasomotoras y gastrointestinales posteriores a la ingesta de alimentos, especialmente aquellos ricos en carbohidratos simples. Estos síntomas son compatibles con dumping precoz, al que se suman episodios de hipoglucemia tardía objetivada en la prueba de tolerancia a la glucosa, que configuran un cuadro mixto (precoz y tardío), como se describe en hasta un 30% de los pacientes con esta complicación.⁵⁻⁶

Con base en la clínica y los estudios complementarios, se estableció el diagnóstico de síndrome de dumping, el cual se clasifica en precoz y tardío de acuerdo con el momento de aparición de los síntomas postprandiales y su mecanismo fisiopatológico subyacente. El diagnóstico inicial fue clínico, apoyado en la presentación típica de síntomas tras la ingesta, altamente sugestivos del cuadro. Para mayor objetividad, se recomienda la aplicación del cuestionario de Sigstad, una herramienta validada que asigna puntuaciones a diversos síntomas postprandiales. Un puntaje mayor de 7 es considerado diagnóstico de dumping. Aunque no se aplicó formalmente en este caso, retrospectivamente la paciente cumplía múltiples criterios del cuestionario. No obstante, es importante resaltar que, si bien este instrumento puede ser útil como método de tamización, su especificidad y sensibilidad no son absolutas cuando se utiliza de forma aislada.⁶⁻⁷

En cuanto a las pruebas de provocación, se realizó una prueba de tolerancia oral a la glucosa, que evidenció una respuesta bifásica con hiperglucemia a los 30 minutos (160 mg/dL), seguida de hipoglucemia a los 60 y 120 minutos (70 y 50 mg/dL, respectivamente), lo cual es característico del dumping tardío. Esta prueba es útil para inducir los síntomas y evaluar el patrón glucémico postprandial, especialmente en pacientes con sospecha de hiperinsulinismo reactivo. En este caso, los niveles elevados de insulina y péptido C postprandiales confirmaron el patrón de hiperinsulinismo, fisiopatología central del dumping tardío, atribuible a la rápida liberación de glucosa en el intestino delgado y estimulación pancreática exagerada.⁸

Adicionalmente, se utilizó la gammagrafía de vaciamiento gástrico con radionucleótidos, la cual mostró un vaciamiento al 50% en tan solo 15 minutos (valor normal >60 minutos), confirmando tránsito acelerado y compatible con dumping precoz. Sin embargo, esta prueba presenta limitaciones diagnósticas que deben considerarse: su sensibilidad puede ser baja, especialmente en dumping tardío, debido a la posibilidad de falsos negativos cuando el vaciamiento gástrico es segmentario o no lineal. Además, no siempre reproduce los síntomas clínicos durante la evaluación, lo que limita su utilidad como herramienta diagnóstica única. Por ello, la gammagrafía debe interpretarse en conjunto con otras pruebas clínicas y dinámicas como el test de tolerancia a la glucosa y el cuestionario de Sigstad.^{8,9,10}

El hallazgo de hipokalemia leve puede explicarse por la diarrea postprandial, frecuente en pacientes con dumping y que puede alterar la absorción y balance de electrolitos. Esto resalta la necesidad de vigilancia metabólica continua, sobre todo en fases iniciales del tratamiento.

En esta paciente, el tratamiento inicial fue no farmacológico y se centró en modificaciones dietéticas, con ingesta de comidas pequeñas y frecuentes, reducción de carbohidratos simples, aumento de proteínas y grasas, restricción de líquidos durante las comidas y reposo postprandial en decúbito. Este enfoque terapéutico resultó en una mejoría clínica sostenida, sin necesidad de escalamiento farmacológico. Sin embargo, es importante destacar que en casos severos o refractarios, existen opciones terapéuticas adicionales que deben considerarse. Dentro de estas se incluyen los análogos de somatostatina, como la octreótida, que pueden retrasar el vaciamiento gástrico y disminuir la respuesta hormonal posprandial, y que han demostrado efectividad en pacientes con mala respuesta a las intervenciones dietética. Asimismo, se han desarrollado alternativas endoscópicas como la reducción del tamaño de la anastomosis gastro-yeyunal mediante técnicas de sutura endoscópica, o incluso revisiones quirúrgicas selectas, en los casos más persistente.⁹⁻¹⁰

Conclusión

El síndrome de dumping representa una complicación frecuente y multifactorial del bypass gástrico en Y de Roux, cuyo diagnóstico debe fundamentarse en la clínica apoyada por herramientas complementarias como cuestionarios específicos y pruebas de provocación. La comprensión de su fisiopatología, que integra fenómenos osmóticos en el dumping precoz e hiperinsulinismo reactivo en el dumping tardío, permite orientar un manejo individualizado. El tratamiento dietético constituye la primera línea de abordaje y suele ser suficiente en la mayoría de los pacientes, reservando opciones farmacológicas o endoscópico-quirúrgicas para casos refractarios. La detección y el manejo oportuno no solo reducen la morbilidad asociada, sino que también optimizan la calidad de vida tras la cirugía bariátrica.

Bibliografía

1. Quiros Portuguese PI, Calderón Vega I, Vargas Mena R. Síndromes post gastrectomía: Clínica, Diagnóstico y Tratamiento. *Cienc. Salud.* 2022;5(6):43-52. doi: 10.34192/cienciaysalud.v5i6.363
2. Scarpellini E, Arts J, Karamanolis G, Laurenus A, Siquini W, Suzuki H, et. al. International consensus on the diagnosis and management of dumping syndrome. *Nat Rev Endocrinol.* 2020;16(8):448-66. doi:10.1038/s41574-020-0357-5.
3. Tack J, Raymenants K, Van de Bruaene C, Scarpellini E. Dumping syndrome: Update on pathophysiology, diagnosis, and management. *Neurogastroenterol Motil.* 2025;37(2):e14962. doi: 10.1111/nmo.14962.
4. Evans JA, Muthusamy VR, Acosta RD, Bruining DH, Chandrasekhara V, Chathadi KV, et al. The role of endoscopy in the bariatric surgery patient. *Gastrointest Endosc.* 2015;81(5):1063-72. doi: 10.1016/j.gie.2014.09.044.
5. van Beek AP, Emous M, Laville M, Tack J. Dumping syndrome after esophageal, gastric or bariatric surgery: pathophysiology, diagnosis, and management. *Obes Rev.* 2017;18(1):68-85. doi: 10.1111/obr.12467
6. van Furth AM, de Heide LJM, Emous M, Veeger N, van Beek AP. Dumping Syndrome and Postbariatric Hypoglycemia: Supporting Evidence for a Common Etiology. *Surg Obes Relat Dis.* 2021;17(11):1912-1918. doi: 10.1016/j.soard.2021.05.020.
7. Petchers A, Walker A, Bertram C, Feustel P, Singh TP, Zaman J. Evaluation of endoscopic gastrojejunostomy revision after Roux-en-Y gastric bypass for treatment of dumping syndrome. *Gastrointest Endosc.* 2022;96(4):639-644. doi: 10.1016/j.gie.2022.04.1306
8. Tsai C, Steffen R, Kessler U, Merki H, Zehetner J. Short-term outcomes of endoscopic gastro-jejunal revisions for treatment of dumping syndrome after Roux-En-Y gastric bypass. *Surg Endosc.* 2020;34(8):3626-3632. doi: 10.1007/s00464-019-07137-7
9. Maurissen J, Yercovich N, Van Aelst P, Dillemans B. Modified Nissen Fundoplication for Late Dumping Syndrome After Roux-en-Y Gastric Bypass. *Obes Surg.* 2021;31(5):2353-2355. doi: 10.1007/s11695-021-05310-3
10. Masclee GMC, Masclee AAM. Dumping syndrome: pragmatic treatment options and experimental approaches for improving clinical outcomes. *ClinExpGastroenterol.* 2023 Nov 6;16:197-211. doi:10.2147/CEG.S392265

Contribución de autores:

Conceptualización: Jorge Andrés Hernández-Navas

Curación de datos: Luis Dulcey-Sarmiento

Análisis formal: Jaime Gómez-Ayala

Metodología: Juan Therán-León

Investigación: Jorge Andrés Hernández-Navas, Luis Dulcey-Sarmiento

Redacción - borrador original: Luis Toscano-Dulcey

Redacción - revisión y edición: Juan Therán-León, Jaime Gómez-Ayala

Supervisión: Jaime Gómez-Ayala, Luis Dulcey-Sarmiento

Nota: Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Nota: Los datos de investigación no se encuentran disponibles.

Nota: Este artículo fue aprobado por el editor Gustavo Rodríguez Temesio