

Dificultades del manejo de la fístula gástrica tras Gastrectomía Vertical Laparoscópica

Manuel F-Márquez, M^a José Solvas, Almudena Moreno, Ricardo Belda, Manuel F-Ayza, Rafael Rosado

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Torrecárdenas, Almería. España. ✉manuferrer78@hotmail.com

Resumen: La fístula gástrica tras gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) es la complicación más temida por el cirujano bariátrico. Se presentan tres pacientes intervenidas mediante esta técnica que desarrollan en el postoperatorio domiciliario esta complicación. Se expone una pequeña revisión sobre el manejo de la fístula de tercio proximal.

Palabras claves: Fístula gástrica; Gastrectomía vertical; Tubo gástrico; Unión esófago-gástrica.

Introducción

La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) es una técnica considerada sencilla para el tratamiento de la obesidad mórbida, y posiblemente este hecho haya aumentado considerablemente el número de cirujanos que la realizan. Cada vez más artículos defienden sus buenos resultados tanto en pérdida de peso como en resolución y mejoría de comorbilidades [1-3]. La complicación más temida de esta técnica es la fístula del tercio superior junto a la unión esófago-gástrica (UEG), cuyo porcentaje varía entre el 0-20% [4-6].

Material y Método

Presentamos a continuación nuestra experiencia en esta complicación y las medidas llevadas a cabo hasta su resolución.

Se van intervenido 108 pacientes de GVL desde febrero de 2010 hasta mayo de 2013. La sección distal la iniciamos a 2-3 cm. de píloro, sobre una sonda de 34F. Tras la sección realizamos de forma sistemática con grapadoras y se hace un refuerzo mediante una sutura continua de monofilamento reabsorbible 2-0. Comprobamos estanqueidad mediante azul de metileno y dejamos un drenaje aspirativo. Los pacientes comienzan a tomar líquidos a las 48 horas de la intervención tras nueva prueba con azul de metileno negativa, y son alta hospitalaria.

Hemos encontrado tres fístulas en la unión esofagogástrica que se detallan a continuación:

Casos

Caso 1. Paciente de 27 años sin antecedentes de interés y con IMC-44. La paciente ingresa una semana después de ser dada de alta por cuadro de fiebre y dolor en hombro izquierdo. En TAC de control se evidencia una colección de 9x12cm en contacto con el tubo gástrico secundaria a probable fístula en tercio superior. Se decide la re-intervención quirúrgica laparoscópica (figura 1) con el objetivo de lavar la

cavidad y drenar el absceso. Sin embargo, no fue posible objetivar la fístula ya que los test realizados con insuflación de aire y azul de metileno fueron negativos. Se practicó endoscopia intra-operatoria sin resultado. Tras quince días de tratamiento conservador (dieta absoluta + nutrición parenteral + antibioterapia) sin mejoría, se decide colocar un endo-prótesis recubierta más sonda naso-enteral.

Tras tres semanas, la paciente evoluciona favorablemente, se extrae la prótesis y la fístula cierra siendo dada de alta.



Fig. 1. Reintervención quirúrgica laparoscópica. Drenaje y lavado de absceso perigástrico

Caso 2. Paciente de 32 años con antecedentes de HTA y SAOS, y con IMC-41. La paciente ingresa a los 20 días de la intervención por cuadro de fiebre y tos, sin dolor abdominal. En el TAC abdominal se objetiva una colección de 8x7cm peri-gástrica secundaria a fístula de tercio superior. Se decide re-intervención quirúrgica laparoscópica, para lavado y drenaje de la colección. Tras un mes de tratamiento conservador sin éxito, se decide colocar endo-prótesis recubierta, que es retirada a las 8 semanas sin ser eficaz (figura 2). Se intenta posteriormente por vía endoscópica sellado con fibrina, colocación de clips y bobinas (coil) sin ser efectivos. Tras seis meses de ingreso se decide reintervenir a la paciente. En la intervención se objetiva perfectamente el punto de fuga rodeado de material sano que permite cierre simple más puntos reinvasivos. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta.

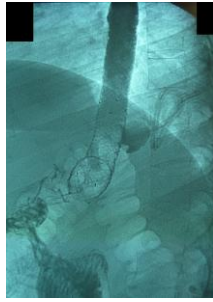


Fig. 2. Colocación de endo-prótesis

Caso 3. Paciente de 54 años con SAOS y con IMC-61. Dos semanas después de alta, la paciente ingresa por cuadro de fiebre sin dolor abdominal. En el TAC se objetiva una colección abdominal de 14x9cm secundaria a una fístula gástrica. Ante la situación de la paciente se decide intervención laparoscópica, en la que se drena la colección y se deja un drenaje, sin evidenciar ninguna fuga mediante pruebas de estanqueidad con aire a presión y suero fisiológico, ni con azul de metileno, ni mediante gastroscopia intraoperatoria. Se comienza con tratamiento conservador (dieta absoluta, nutrición parenteral y *alimentación mediante catéter de yeyunostomía*).

Tras mes y medio sin ser efectivo, se intenta la colocación de endo-prótesis recubierta que es retirada a los cuatro días por mala tolerancia de la paciente. Tras cinco meses íntegros de tratamiento conservador, y ante la demanda de la paciente se decide intervenir en busca de una solución definitiva. Durante la intervención se objetiva una fístula puntiforme centrada de tejido sano, por lo que se decidió cierre simple e invaginación (doble sutura).

Durante las dos semanas posteriores a la cirugía, los test de estanqueidad son negativos por lo que la paciente es dada de alta. Dos meses después vuelve a ingresar por fiebre y disnea con una TAC que informa de gran absceso abdominal y derrame pleural izquierdo secundario a fístula gástrica (fig. 3).

Se drena el absceso bajo punción endoscópica y la fístula se mantiene con un débito diario de 20 c/c durante dos meses. Tras 15 meses de la GVL, se decide nueva intervención con la idea de disminuir la presión intraluminal y se realiza derivación gastro-yeyunal conservando el tubo gástrico previo. Desde la última intervención, la paciente se encuentra asintomática, tolerando dieta y con pruebas radiológicas negativas.

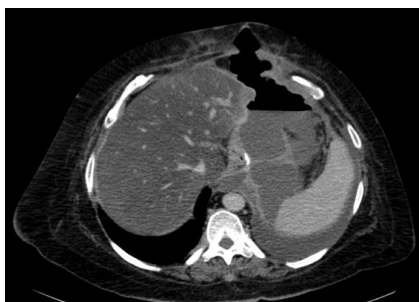


Fig. 3. TAC abdominal con gran colección perigástrica y derrame pleural izquierdo secundario a fístula gástrica

Discusión

La GVL es una técnica aparentemente sencilla en el tratamiento de la obesidad mórbida, sin embargo, sus complicaciones, aunque son poco frecuentes, ponen en peligro la vida del paciente. Las principales complicaciones con esta técnica son la hemorragia (0-6,4%) y la fístula gástrica en UEG (0-20%), con una mortalidad que oscila entre el 0-3,2% [3,5,6].

Parece ser que este tipo de fístulas se ven facilitadas en aquellos pacientes que presentan estenosis distales, a causa de la dificultad en el vaciamiento gástrico, y consecuentemente, a un aumento de presión intraluminal. De ahí, que haya autores que defiendan el comienzo de la sección proximal alejada del píloro [7].

Yehoshua [7,8] observa que la principal causa de las fístulas a este nivel parece ser la alta presión intraluminal y la baja compliance del tubo gástrico. En cualquier caso, son secundarias a alteraciones en el proceso normal de cicatrización, y ello viene dado por una cicatrización alterada de la línea de sutura y un inadecuado riego sanguíneo con la subsecuente isquemia.

Generalmente estas fístulas no se deben a fallos en la endo-grapadora y, consecuentemente, a una dehiscencia de la línea de grapas, sino a una isquemia de la pared gástrica junto a la línea de grapado que puede estar causada por la disección de la curvatura mayor. Esta teoría es la que defienden aquellos autores que basándose en esta idea, sugieren la realización de la sección proximal (último disparo con la endo-grapadora) con especial cuidado, alejado en lo posible de la UEG [8,9,10].

Como ocurrió en estas tres pacientes, las fístulas aparecen generalmente cuando el paciente está en su domicilio, y suelen debutar con fiebre y sin dolor abdominal. Es importante tener en cuenta esto, ya que en determinadas situaciones, la paciente puede ser derivada a otros servicios (como medicina interna) para estudio y sin que el cirujano de guardia sea avisado (si es posible el cirujano bariátrico).

Por tanto, ante un cuadro de fiebre durante el primer mes postoperatorio sin sintomatología acompañante, debemos sospechar como primera posibilidad la fístula gástrica como causa de la misma y pensar en el TAC abdominal como primera herramienta diagnóstica. Las características de estos pacientes hacen que la exploración abdominal no ayude a su diagnóstico.

El mejor tratamiento de las fístulas es evitarlas mediante una técnica cuidadosa, buen trato de los tejidos, utilización óptima de endo-grapadoras (la nueva grapadora "Tri-staple" con tres líneas de grapas de distinta altura, podrían mejorar los resultados), evitar estenosis distales y realizar una hemostasia adecuada. Aunque algunos autores aconsejan el refuerzo de sutura, no se ha comprobado que con esto disminuya el porcentaje de fístulas [11,12].

El manejo de estas complicaciones es difícil, y va a depender principalmente de la situación del paciente ya que el tratamiento conservador no siempre tiene buen resultado y puede cronificarse durante meses [4-7,13]. Evidentemente aquellos pacientes que se encuentran en inestabilidad hemodinámica, requieren intervención quirúrgica urgente cuyo objetivo es tan solo el drenaje y lavado. Cualquier acto quirúrgico sobre la fístula (en caso de encontrarla) está destinado al fracaso [13,14].

Por otro lado, aquellos que se encuentran estables, pueden tratarse mediante la colocación de un drenaje guiado por radiología, nutrición parenteral o enteral, inhibidores de la bomba de protones a altas dosis y el uso de antibióticos de amplio espectro. La nutrición enteral debe comenzarse lo antes posible durante el tratamiento, ya que una adecuada nutrición es necesaria para el cierre del defecto [6].

Cuando el tratamiento conservador no es exitoso, la mayoría de los autores defienden como siguiente paso la utilización de endo-prótesis flexibles recubiertos [6,15,16] con la intención de conseguir un “derivación interna temporal” de la fístula. Posiblemente se obtengan mejores resultados si se utilizan tras el drenaje del absceso, que tras un tratamiento conservador durante varias semanas. Se puede colocar mediante endoscopia o guiado radiológicamente, aunque la mayoría de los autores lo colocan de esta última forma. Se aconseja realizar controles radiológicos seriados (semanalmente) para comprobar su posición. La mayoría de los autores recomiendan como tiempo óptimo para la retirada del stent alrededor de las 6-8 semanas [17].

Otros tratamientos propuestos son los sellantes (pegamentos biológicos) por vía endoscópica [6,7] con resultados controvertidos. Nuestro equipo no ha tenido éxito con su uso. En aquellos casos que no respondan a ningún tratamiento, debe valorarse la posibilidad de actuar sobre la estenosis distal (en caso de que ésta exista) mediante dilataciones endoscópicas. Si no queda otra opción que la quirúrgica, se debe evitar el cierre simple de la fístula aun cuando se localice, e intentar disminuir la presión intraluminal gástrica mediante la conversión de la técnica en derivación gástrica en Y-de-Roux.

Bibliografía

1. Serra C, Pérez N, Bou R, Bengochea M, Martínez R, Baltasar A. Gastrectomía tubular laparoscópica. Una operación bariátrica con diferentes indicaciones. *Cir Esp* 2006;75(5):289-92.
2. Marceau P, Cabanac M, Frankham PC, Hould FS, Lebel S, Marceau S, et al. Accelerated satiation after duodenal switch. *Surg Obes Relat Dis*. 2005; 1:408-12.
3. Aggarwal S, Kini SU, Herron DM. Laparoscopic sleeve gastrectomy for morbid obesity: A review. *Surg Obes Relat Dis* 2007; 3:189-94.
4. Tan JT, Kariyawasam S, Wijeratne T, Chandraratna HS. Diagnosis and management

- of gastric leaks after laparoscopic sleeve gastrectomy for morbid obesity. *Obes Surg* 2010 Apr;20(4):403-9.
5. Burgos AM, Braghetto I, Csendes A, Maluenda F, Korn O, Yarmuch J, et al. Gastric leak after laparoscopic-sleeve gastrectomy for obesity. *Obes Surg* 2009;19:1672-7.
6. Casella G, Soricelli E, Rizello M, Trentino, Fiocca F, Fantini A, et al. Nonsurgical treatment of staple line leaks after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Obes Surg* 2009;19:821-6.
7. Bellanger DE, Greenway FL. Laparoscopic sleeve gastrectomy, 529 cases without a leak: short-term results and technical considerations. *Obes Surg*. 2011 Feb;21(2):146-50.
8. Yehoshua RT, Eidelman LA, Stein M, Fichman S, Mazor A, Chen J, et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy--volume and pressure assessment. *Obes Surg*. 2008;18:1083-8.
9. Lalor PF, Tucker ON, Szomstein S, Rosenthal RJ. Complications after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis*. 2008 Jan-Feb;4(1):33-8.
10. Bellanger DE, Greenway FL. Laparoscopic sleeve gastrectomy, 529 cases without a leak: short-term results and technical considerations. *Obes Surg*. 2011 Feb;21(2):146-50.
11. Ferrer Márquez M, Ferrer Ayza M, Belda Lozano R, Rico Morales MM, García Díez JM; Belda Poujoulet R. Gastric Leak after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Obes Surg* 2010;20(9):1306-11.
12. Chen B, Kiriakopoulos A, Tsakayannis D, Wachtel MS, Linos D, Frezza EE. Reinforcement does not necessarily reduce the rate of staple line leaks after sleeve gastrectomy. A review of the literature and clinical experiences. *Obes Surg*. 2009 Feb;19(2):166-72.
13. Aretxabala X, Leon J, Wiedmaier G, Turu I, Ovalle C, Maluenda F. Gastric leak after sleeve gastrectomy: analysis of its management. *Obes Surg*. 2011 Aug;21(8):1232-7.
14. Gonzalez R, Nelson L, Gallagher S, Murr M. Anastomotic leaks after laparoscopic gastric bypass. *Obes Surg* 2004;14:1299-307.
15. Serra C, Baltasar A, Andreo L, Pérez N, Bou R, Bengochea M, et al. Treatment of gastric leaks with coated self-expanding stents after sleeve gastrectomy. *Obes Surg* 2007;17:866-72.
16. Eubanks S, Edwards CA, Fearing NM, Ramaswamy A, de la Torre RA, Thaler KJ, et al. Use of endoscopic stents to treat anastomotic complications after bariatric surgery. *J Am Coll Surg* 2008;206(5):935-8.
17. Fukumoto R, Orlina J, McGinty J, Teixeira J. Use of polyflex stents in treatment of acute esophageal and gastric leaks after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2006;2:570-2