

## Esofagitis y estenosis tras Gastrectomía Vertical solucionada mediante tratamiento conservador

Pacheco JM, Mayo MA, Pérez D, Bengoechea A, Roldán S, Fernández JL.

Servicio de Cirugía General y del Aparato digestivo, Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz.  
✉marimayoo@gmail.com

**Resumen:** La gastrectomía vertical es una técnica relativamente reciente y actualmente en auge. Los buenos resultados ponderales iniciales obtenidos, la reproductibilidad de la técnica y la aparente fácil realización de la misma por vía laparoscópica han hecho que las indicaciones se hayan ampliado de forma exponencial en los últimos tiempos. Sin embargo no es una técnica exenta de riesgos, y sus complicaciones pueden ser importantes.

Presentamos el caso de una paciente de 23 años a la que se le realizó una gastrectomía vertical laparoscópica. Presentó como complicación postoperatoria una esofagitis y estenosis funcional. Clínicamente presentaba intolerancia oral y vómitos. Se propuso revisión quirúrgica pero la paciente presentó un cuadro de endocarditis tricuspídea que obliga a posponer la cirugía y a nutrir a la paciente mediante nutrición enteral por sonda nasoyeyunal. A los 20 días se produce una obstrucción de la sonda y en la endoscopia de revisión se aprecia la desaparición de la esofagitis, reiniciando alimentación oral que es tolerada por la paciente. La estenosis y la esofagitis son complicaciones de la gastrectomía vertical. Estas pueden ser orgánicas y requerir dilatación endoscópica o tratamiento quirúrgico, generalmente conversión a bypass gástrico, pero a veces son funcionales y solucionables con tratamiento médico conservador, como en nuestro caso.

**Palabras claves:** Estenosis esofágica; esofagitis; gastrectomía vertical; tubo gástrico

### Introducción

La gastrectomía vertical es una técnica relativamente reciente y actualmente en auge. Consiste en la realización de una restricción del tamaño del estómago para inducir saciedad (1), así como la resección del fundus gástrico donde se localizan las células productoras de grelina que actúan como favorecedoras del apetito (2).

Inicialmente este procedimiento se estableció como paso previo a la realización de una técnica bariátrica mixta (restrictiva y malabsortida en pacientes con super-superobesidad (3), pero los buenos resultados ponderales iniciales, la reproductibilidad de la técnica, así como la aparente fácil realización de la misma por vía laparoscópica, han hecho que las indicaciones se hayan ampliado de forma exponencial e los últimos tiempos.

Sin embargo es una técnica no exenta de complicaciones, que pueden ser importantes como la estenosis, el sangrado o las fugas (4). Cuando se produce la estenosis del tubo gástrico, esta puede ser tratada de diferentes modos entre los cuales están: la observación, la dilatación endoscópica, la colocación de un stent, la seromiotomía y la conversión a bypass gástrico (4).

La estenosis puede ser extremadamente sintomática y puede requerir revisión quirúrgica (5). La esofagitis secundaria al reflujo gastroesofágico se ha descrito pero es infrecuente y el mecanismo de producción es desconocido, y el

tratamiento óptimo consiste en la reducción de la secreción gástrica con IBP (6)

Presentamos el caso de una paciente a la que se le realizó una gastrectomía vertical laparoscópica y que presentó esofagitis y estenosis como complicación postoperatoria que finalmente se solucionaron con tratamiento médico conservador.

### Caso clínico

Se trata de una paciente de 23 años de edad con antecedentes personales de alergia a betalactámicos, hipotiroidismo en tratamiento y anemia. Refiere historia de obesidad desde la infancia con ganancia ponderal paulatina. Ha realizado múltiples dietas hipocalóricas con pérdida de peso y recuperación de peso posterior. Reconoce cierto hábito alimenticio hiperfágico, además de picoteadora y golosa. No realiza ejercicio físico de forma habitual. A la exploración presenta un buen estado general, obesidad central y periférica, con peso de 111 kg, talla de 1.63 m, IMC de 41,8, perímetro abdominal de 99 cm y perímetro a nivel de cadera de 135 cm. Tras ser valorada por el equipo multidisciplinar se propone y acepta gastrectomía vertical.

Es intervenida quirúrgicamente en junio de 2012 realizándosele GVL con Echelon Flex más con Seamguard y tutorizada con sonda de 34 Fr, comenzando la sección a 6 cm del píloro, ( fig. 1).



Fig. 1. Pieza de Gastrectomia

En el postoperatorio inmediato presenta débito hemático por drenaje con descenso del hematocrito que requiere transfusión de 2 concentrados de hemáties, siendo dada de alta al tercer día postoperatorio tolerando dieta líquida. Reingresa al mes de la intervención, refiriendo vómitos e intolerancia alimentaria. Se realiza endoscopia digestiva alta que informa de esofagitis grado IV, RGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico) y edema con estrechamiento de la luz gástrica a nivel antral, aunque permite el paso del endoscopio. (fig. 2).



Figura 2. Imagen de Endoscopia digestiva alta.

Se comprueba la intolerancia a cualquier tipo de alimento y se instaura nutrición parenteral. Se realiza EGD en el que se confirma estenosis a nivel antral (fig.3).



Figura 3. Imagen del Estudio baritado .

Se repite endoscopia que informa de estenosis larga a nivel de incisura angularis no susceptible de dilatación endoscópica, aunque permitía el paso del endoscopio. Tras confirmar la estenosis y comprobar repetidas veces la intolerancia alimentaria se propone revisión quirúrgica y conversión a bypass gástrico.

Durante su estancia la paciente presenta cuadro febril con hemocultivos positivos y endocarditis bacteriana tricuspídea. Esto obliga a retirar la vía venosa central y a posponer la revisión quirúrgica planteada hasta completar tratamiento médico de la endocarditis. Se realiza nueva endoscopia y colocación de sonda nasoyeyunal para alimentación enteral domiciliaria, siendo dada de alta en espera de nueva intervención.

A los 20 días se produce la obstrucción de la sonda y en la nueva endoscopia realizada para colocación de nueva sonda se aprecia desaparición de la esofagitis y paso del endoscopio a duodeno con facilidad.

Ante tales hallazgos se reinicia alimentación oral progresiva que la paciente tolera perfectamente. Al año de la cirugía la paciente sigue con buena tolerancia oral, la endoscopia digestiva no manifiesta esofagitis ni estenosis gástrica. El estudio baritado gastroduodenal muestra buen paso de contraste al duodeno sin evidencia de estenosis. Tiene un peso de 70 kg, un IMC de 26,4 un porcentaje de pérdida de peso (%PP) de 36% y un porcentaje de pérdida de exceso de peso (%PEP) del 68,3% (fig 4).



Figura 4. Aspecto de la paciente al año de la cirugía.

### Discusión

En la bibliografía actual, ha puesto en evidencia, que existe una asociación significativa entre la ERGE, la esofagitis, y el carcinoma esofágico con la obesidad. (7). El Bypass gástrico en Y de Roux se considera actualmente el “Gold Estándar” entre los procedimientos bariátricos y es muy efectivo

en el tratamiento de los síntomas relacionados con el reflujo gastroesofágico. Muchos cirujanos consideran que el Bypass gástrico en Y de Roux es el procedimiento ideal para los pacientes obesos con ERGE (8, 9,10). No obstante la gastrectomía vertical laparoscópica está ganando popularidad como tratamiento quirúrgico de la obesidad (11) emergiendo como un método bariátrico seguro, técnicamente fácil de realizar, con escasa morbimortalidad, y escasa aparición de complicaciones nutricionales. (12). A pesar de ello no está exento de complicaciones entre las que se encuentran la esofagitis y la estenosis. La causa de esta estenosis puede ser funcional u orgánica, aunque la mayoría de los autores piensan que las estenosis son orgánicas (13), generalmente inducida por la retracción cicatricial o defecto técnico, existiendo poca bibliografía sobre las estenosis funcionales. Tampoco está claramente definido el concepto de estenosis funcional, reservándose este término para aquellos casos en los que no se demuestra una causa orgánica.

No hay consenso sobre la incidencia de estenosis después de la gastrectomía vertical. Algunos autores han informado de una incidencia en torno al 3,5% (14). Muchos autores están de acuerdo en que la aparición de la estenosis se relaciona con el tubo de calibración y así sondas de calibración de tamaños más pequeños y por lo tanto, mangas más estrechas, presentan una mayor incidencia de estenosis. (4) La incisura angularis es el lugar en el que mas frecuentemente se desarrolla la estenosis (4) como ocurrió en nuestra paciente. Posiblemente, la estenosis se produce cuando el grapado se ha realizado accidentalmente demasiado cerca de la incisura angularis creando una manga demasiado estrecha a pesar de la sonda de calibración. La tracción lateral simétrica es también de suma importancia para evitar la realización de mangas retorcidas que pueden causar la estenosis funcional (15).

A pesar de que en muchas ocasiones el tratamiento es quirúrgico en el caso de nuestra paciente se resolvió mediante manejo conservador, por lo que pensamos se trató de una estenosis funcional, que se recuperó, tras un periodo de reposo digestivo, al disminuir el edema postoperatorio y al normalizarse el peristaltismo gástrico.

## Bibliografía

- 1-Frezza E. Laparoscopic vertical sleeve gastrectomy for morbid obesity. The future procedure of choice? *Surg Today*. 2007; 37:275–81.
- 2-Gumbs AA, Gagner M, Dakin G, et al. Sleeve gastrectomy for morbid obesity. *Obes Surg*. 2007; 17:962–9.
- 3-Mognol P, Chosidow C, Marmuse JP.: Laparoscopic sleeve gastrectomy as an initial bariatric operation for high-risk patients: initial results in 10 patients. *Obes Surg* 2005; 15:1030–3.
- 4-Rosenthal RA.: International sleeve gastrectomy expert panel consensus statement: best practice guidelines based on experience of 12,000 cases. *Surg Obes Relat Dis*. 2012; 8:8–10.
- 5-Zundel N, Hernandez JD, Galvao Neto M, Campos J. Strictures after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2010; 20:154–8.
- 6- Keidar A, Appelbaum L, Schweiger C, Elazary K, Baltasar A.. Dilated Upper Sleeve Can be Associated with Severe Postoperative Gastroesophageal Dysmotility and Reflux. *Obes Surg* (2010) 20:140–147.
- 7-Italo Breghetto, Enrique Lanzarini, Owen Korn et als. Manometric Changes of the lower Esophageal Sphincter after Sleeve Gastrectomy in Obese Patients. *Obesity Surgery* 2010 20: 357-362.
- 8-Varela JE, Hinojosa MW, Nguyen NT. Laparoscopic fundoplication compared with laparoscopic gastric bypass in morbidly obese patients with gastro-esophageal reflux disease. *Surg Obes Relat Dis*. 2009; 5(2):139–43.
- 9-Prachand VN, Alverdy JC. Gastro-esophageal reflux disease and severe obesity: fundoplication or bariatric surgery? *World J Gastroenterol*. 2010;16(30):3757–61.
- 10-objective outcomes following laparoscopic Nissen fundoplication versus laparoscopic gastric bypass in the morbidly obese with heartburn. *Surg Endosc*. 2003;17(10):1561–5.
- 11-Brethauer SA, Hammel J, Schauer PR. Systematic review of sleeve gastrectomy as a staging and primary bariatric operation. *Surg Obes Relat Dis*. 2009;5:469–75.
- 12-Kamal K. Mahawar, Neil Jennings, Shlok Balupuri, Peter K. Small. Sleeve Gastrectomy and Gastro-oesophageal Reflux Disease: a Complex Relationship. *Obes Surg* (2013) 23:987.
- 13- Vilallonga R, Himpens J, van de Vrande S, Laparoscopic Management of Persistent Strictures After Laparoscopic Sleeve Gastrectomy. *Obes Surg* DOI 10.1007/s11695-013-0993-0.
- 14-Parikh A, Alley JB, Peterson RM, Harnisch MC, Pfluke JM, Tapper DM, et al.: Management

options for symptomatic stenosis after laparoscopic vertical sleeve gastrectomy in the morbidly obese. *Surg Endosc.* 2012;26:738–46.

15-Lalor PF, Tucker ON, Szomstein S, et al.: Complications after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis.* 2008;4:33–8