

¿Existe beneficio del mantenimiento del drenaje en el diagnóstico y manejo de fugas tardías tras Gastrectomía Vertical?

Gómez MA, Ruiz-Tovar J, Zubiaga L, Diez M, Arroyo A, Calpena R.

Hospital General Universitario de Elche. Alicante. España ✉ jruiztovar@gmail.com

Resumen: La fuga en la línea de grapas tras gastrectomía vertical (GV) se produce fundamentalmente de forma precoz, siendo la tardía (después del 7º día postoperatorio) menos frecuente. Sin embargo, se han descrito casos de fugas tardías que se presentan hasta 6-8 semanas después de la cirugía. Algunos cirujanos son partidarios de dejar un drenaje durante 10-15 días como testigo para detectar precozmente una fuga tardía. Presentamos el caso de una mujer de 52 años sometida a una GVL que presentó una fuga por línea de grapas a las 5 semanas de la cirugía. En ella se había dejado un drenaje hasta el 10º día postoperatorio, lo que no aportó ningún beneficio al diagnóstico ni al tratamiento de la fuga.

Palabras clave: Gastrectomía vertical; Fuga tardía por línea de grapas; Drenaje

Comunicación presentada al I Congreso Nacional de SEEDO – SECO en Madrid, Marzo 2013

Introducción

La cirugía bariátrica ha demostrado ser la mejor opción terapéutica para conseguir una pérdida de peso sustancial y mantenida en el tiempo, así como una mejora de las comorbilidades asociadas [1,2]

La Gastrectomía Vertical Laparoscópica (GVL) es una técnica restrictiva, primer paso del cruce duodenal, en pacientes de alto riesgo, pero que ante la pérdida de peso conseguida, en muchos pacientes no era necesario realizar el segundo tiempo mal-absortivo. En base a esto, empezó a realizarse como procedimiento bariátrico aislado único. En los últimos años, este procedimiento ha ganado mayor popularidad, porque es una técnica con baja morbi-mortalidad y que consigue una pérdida de peso aceptable [3,4].

Sin embargo, no está exenta de complicaciones, siendo la fuga de la línea de grapas la complicación más temible, con una incidencia en torno al 5%, y causa de mortalidad, si no se realiza un diagnóstico precoz [5]

Caso clínico

Mujer de 52 años IMC-48 es sometida a una GVL, calibrada con sonda de Foucher 40F, sin sutura de refuerzo. Se dejó un drenaje tipo Jackson-Pratt a lo largo de la línea de grapas. Tras un postoperatorio sin incidencias, la paciente es dada de alta al 3º día postoperatorio. Se retiró el drenaje al 10º día. A las 5 semanas de la intervención, la paciente acude a urgencias por cuadro de fiebre de 38º y vómitos de

cuatro días de evolución. A la exploración física el abdomen no presenta dolor abdominal.

Se realiza una TC abdominal que informa de la visualización de una colección lateral al estómago de predominio aéreo, con evidencia de paso de contraste oral (Gastrografín) a la colección (Fig. 1).

Se decide el drenaje de la colección mediante punción percutánea guiada por TC y se comienza tratamiento antibiótico con Piperacilina/Tazobactam 4,5g/8h IV. En el cultivo del material drenado crecieron *E.coli* y *Streptococcus spp.*, sensibles al antibiótico.

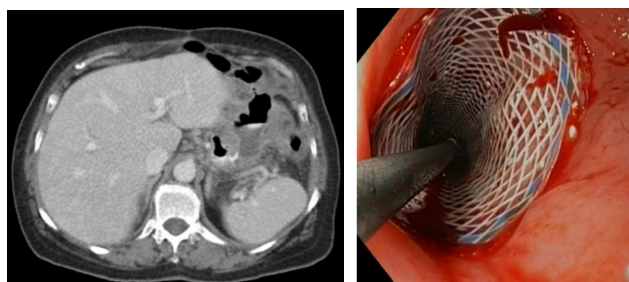


Fig. 1. Colección lateral al estómago de predominio aéreo, con evidencia de paso de contraste de Gastrografín oral

Fig.2. Colocación endoscópica de endo-prótesis recubierta

Se realiza una endoscopia digestiva alta observando una pequeña solución de continuidad en el extremo proximal de la línea de grapas. Se decidió colocar una endo-prótesis recubierta auto-expansible mediante

endoscopia (Fig. 2). La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta 10 días más tarde con el drenaje, que fue retirado en consultas externas cuando presentó un débito seroso inferior a 30ml/día. La endo-prótesis fue retirada a las 4 semanas de su colocación, objetivándose el cierre de la fuga.

Discusión

Hay dos complicaciones potencialmente mortales asociadas a la GVL son la hemorragia y la fuga en la línea de grapas. Diferentes estudios muestran que la fuga en la línea de grapas puede ocurrir desde 0.6 al 7 % de los casos [6].

La fuga en la línea de grapas se produce fundamentalmente de forma precoz (en los primeros siete días post-cirugía), siendo el momento de presentación más habitual las primeras 48 horas. No obstante, está descrita la aparición de fugas tardíamente (después de los 7 días post-intervención), que, aunque mucho menos frecuentes, también deben ser tenidas en cuenta dentro del postoperatorio del paciente [5,6].

La fuga en la línea de grapas es una complicación grave con un tratamiento no estandarizado, pudiendo realizarse un drenaje quirúrgico, drenaje percutáneo bajo control radiológico o diversos métodos endoscópicos, tales como colocación de prótesis recubiertas auto-expansibles o sellado de la fuga mediante pegamento de fibrina o clips [7-9].

En un documento de consenso de expertos en GVL recientemente publicado, se establece que el tratamiento inicial más adecuado de las fístulas por la línea de grapas es la colocación de una endo-prótesis recubierta por vía endoscópica [10], como efectuamos en nuestra paciente. El uso de stents recubiertos auto-expansibles ya ha sido probado para tratar eficazmente las fugas gástricas [9,11].

Una de las ventajas del tratamiento con la endo-prótesis es la posibilidad de nutrición oral inmediata, lo que limita las complicaciones inducidas por el hospital, facilita la recuperación del paciente, y reduce los costos [5].

A pesar de que las fístulas tardías son poco frecuentes, algunos cirujanos son partidarios de dejar un drenaje a lo largo de la línea de grapas durante 10-15 días, lo que permite realizar una nueva prueba de estanqueidad con azul de metileno a las 24 horas de la intervención y comprobar si sale por drenaje, y además intentar conseguir un diagnóstico precoz de una fuga tardía y eventual drenaje de la misma en caso de que se produzca [5,6,8]. Con este caso hemos comprobado

que mantener este drenaje más tiempo del habitual no aporta ventajas, ya que se han descrito casos de aparición de la fuga tardía hasta 2 años después de la intervención[12].

Estas fístulas tardías, muchas veces no se resuelven con endo-prótesis y a veces necesitan para su tratamiento de técnicas muy complejas como la derivación gastro-yeyunal de la fístula[12, 13].

Bibliografía

1. Moreno Esteban B, Jiménez Millán AI, Álvarez Hernández J. Epidemiología, clasificación y clínica. En: Martín Duce. A, Díez del Val. I. Guía Clínica de la AEC: Cirugía de la Obesidad Mórbida. Madrid, Arán 2007; 5: 63-68.
2. Farrell TM, Haggerty SP, Overby DW, et al. Clinical application of laparos-copic bariatric surgery: An evidence-based review. Surg Endosc 2009; 23: 930-949.
3. Simon F, Siciliano A, Gillet B, et al. Gastric leak after laparoscopic sleeve gastrectomy: Early covered self-expandable stent reduces healing time. Obes Surg 2013; 23: 687-692.
4. Baltasar A, Serra C, Pérez N, et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy: a multi-purpose bariatric operation. Obes Surg 2005;15:1124-1128.
5. De Aretxabala X, Leon J, Wiedmaier G, et al. Gastric leak after sleeve gastrectomy: analysis of its management. Obes Surg 2011; 21: 1232-1237.
6. Koshy S, Chang P, Se A, et al. Lapa-ros-copic sleeve gastrectomy for morbid obesity: 5 years experience from Asian center of excellence. Obes Surg 2013; 23: 939-946.
7. Prasad P, Tantia O, Patle N, et al. An analysis of 1-3 years follow-up results of laparoscopic sleeve gastrectomy: an Indian perspective. Obes Surg 2012; 22: 507-514.
8. Aurora AR, Khaitan L, Saber AA, et al. Sleeve gastrectomy and risk of leak: a systematic analysis of 4.888 patients. Surg Endosc 2011; 26: 1509-1515.
9. Eisendrath P, Cremer M, Himpens J, et al. Endotherapy including tempo-rary stenting of fistulas of the upper gastrointestinal tract after

laparoscopic bariatric surgery. Endoscopic
2007; 39: 625-630.

10. Rosenthal RJ, Diaz AA, Arvidsson D, et al. International Sleeve Gastrectomy Expert Panel Consensus Statement: best practice guidelines based on experience of 12.000 cases. Surg Obes Relat Dis. 2012; 8: 8-19.
11. Blackmon SH, Santora R, Schwarz P, et al. Utility of removable esophageal covered self-expanding metal stents for leak and fistula management. Ann Thorac Surg 2010; 89: 931-936.
12. Bou R, Pérez N, Bengochea M, et al. Fuga tardía en gastrectomía vertical y sus graves consecuencias. BMI 2001; 1.1.8:24-27.
13. Serra C, Baltasar A, Andreo L, et al. Treatment of gastric leaks with coated self-expanding stents alter sleeve gastrectomy. Obes Surg 2007; 17:866-872.