

Complicaciones postoperatorias de by-pass laparoscópico, “Primum non nocere”

Pérez M.I, González R, Muiños L., Argüeso R. Botana M. A. J. Conde

Hospital universitario Lucus Augusti- Sergas (Comité de cirugía bariátrica)

✉ Isabel.perez.moreiras@sergas.es

Resumen: El By-pass ha demostrado ser una técnica eficaz en la pérdida de peso en pacientes obesos, con pérdidas de exceso de peso que van del 60 al 70%. El abordaje laparoscópico ha mejorado de forma sustancial el postoperatorio disminuyendo el dolor, las complicaciones y los días de ingreso. Se trata de una cirugía con una mortalidad operatoria cercana al 1% y una morbilidad que oscila entre el 0,3% y el 25%. [1] Se presenta un caso clínico de un paciente complicado con una hemorragia extraluminal postoperatoria y una fuga anastomótica. Ambas complicaciones fueron manejadas de forma conservadora con una evolución favorable.

Palabras clave: By-pass gástrico, fuga anastomótica.

Abstract: Gastric Bypass has proven to be an effective technique for weight loss in obese patients, with excess weight losses of 60-70%. The laparoscopic approach has improved substantially postoperative pain, complications and hospital stay. This technique has an operative mortality of nearly 1% and a morbidity between 0.3%-25%. [1] This paper shows a case of a patient with a complicated postoperative extraluminal bleeding and anastomotic leakage. Both complications were managed conservatively with a favorable outcome.

Introducción

Las características de los pacientes obesos junto con la complejidad de las técnicas quirúrgicas empleadas, hacen que la cirugía bariátrica requiera una formación específica. Se persigue disminuir al mínimo las posibles complicaciones. Esta morbilidad puede hacernos perder la calma, conduciéndonos a la aplicación de técnicas agresivas no exentas de riesgos. Es necesario conocer que situaciones nos permiten un manejo conservador.

Material y métodos

Se presenta el caso clínico de un hombre de 45 años, con un IMC inicial de 65, que tras evaluación en comité multidisciplinar (Endocrinología, Cirugía, Psiquiatría y Psicología), se propone para cirugía Bariátrica. Con IMC de 49, tras dieta hipocalórica prequirúrgica, se somete a By-pass gástrico por vía laparoscópica. Se realiza gastro-yeyunostomía calibrada, latero-lateral mecánica con grapadora lineal. El control de estanqueidad, intraoperatorio, con azul de metileno, no muestra presencia de fugas. En el postoperatorio inmediato el paciente presenta dolor abdominal intenso. En el Tránsito con Gastrografin es negativo para fuga, pero se evidencia en TC abdominal líquido libre compatible con hemoperitoneo. Dada la estabilidad hemodinámica del paciente se opta por

actitud expectante, con vigilancia clínica y analítica en una unidad de cuidados intensivos durante 24h. Se consigue estabilización de hematocrito sin necesidad de transfusión ni medidas agresivas. Posteriormente, iniciada la ingesta oral, presenta molestias epigástricas, pirosis y náuseas que impiden una correcta tolerancia. En un nuevo tránsito de control se descartan anomalías, al igual que en imágenes de TC abdominal con contraste oral. Ante la persistencia de los síntomas se realiza endoscopia digestiva alta, diagnosticándose de fuga anastomótica de sutura gastro-yeyunal (figura 1). Dada la estabilidad del paciente y que se trataba de una fuga contenida, se optó por tratamiento conservador. Inicialmente se colocó sonda nasoyeyunal para nutrición enteral que el paciente no toleró por molestias epigástricas continuas. Esto obligó a alimentación con nutrición parenteral.

Resultados

En la gastroscopia de control, a los 11 días del diagnóstico, se objetiva cicatrización de fallo anastomótico (figura 2). Siguiendo con dieta hipocalórica triturada. En el momento actual, a los 7 meses de la cirugía, se encuentra asintomático y con buena tolerancia oral.

Discusión

El By-pass a través de abordaje laparoscópico fue descrito por primera vez en 1994 por *Wittgrove et al.* [2] Esta vía aportó a la cirugía bariátrica todos los beneficios que ya se habían demostrado previamente en otros tipos de cirugía.

El riesgo de complicaciones postoperatorias mayores tras la realización de cirugía bariátrica depende de la técnica realizada, de las características individuales del paciente y de la experiencia del cirujano. En la literatura se habla, en general, de un riesgo que va desde el 0,2 al 10%. [3]

La hemorragia es una complicación poco frecuente, se estima que ocurre entre el 0,4 al 4 % de los casos. Habitualmente es endoluminal, pero otras veces, como en el caso que se presenta, es extraluminal. Las manifestaciones clínicas son variables, pudiendo ser indistinguible de una fuga, aunque suele predominar la taquicardia sobre los síntomas respiratorios. Además, en el caso de sangrado hacia el tubo digestivo, a parte del descenso del hematocrito suele acompañarse de melenas. Generalmente se resuelven sin necesidad de intervención, pero no es infrecuente que requieran transfusiones o terapia endoscópica. Se ha visto que aumentan la mortalidad y la estancia postoperatorias. [4] En nuestro caso, ante la estabilidad hemodinámica del paciente se optó por tratamiento conservador con vigilancia clínica y analítica en una unidad de cuidados intensivos las primeras 24h tras el diagnóstico.

La fuga de la anastomosis es una de las complicaciones más temidas por el cirujano. El riesgo de aparición se sitúa entre el 0,3 y el 6%, llegando hasta el 35% si se trata de cirugía de revisión. La mayoría se presentan en la primera semana postoperatoria, pero pueden presentarse clínicamente hasta un mes después. [5] Debe sospecharse cuando el paciente comienza con febrícula, compromiso respiratorio y taquicardia inexplicable mayor de 120 lpm. [6] De todos modos, no siempre es así, tal y como se presenta este caso, donde no aparecieron ninguno de estos signos. Fue la disfagia y las molestias epigástricas las que nos hicieron sospechar.

No existe consenso ni en cuanto a la necesidad de testar la anastomosis intraoperatoriamente, ni en cual es el método más adecuado. En general se defiende que la endoscopia es el más eficaz, pero no está disponible en todos los centros. Por esta razón, en general, suele testarse con instilación de azul de metileno. Se trata de un método barato y sencillo, asumiendo una tasa de falsos negativos aproximadamente del 28,6% [7]. La localización de las fugas puede dificultar su detección mediante estudios con contraste. [8] Se discute,

además, si es necesaria la realización de tránsito gastrointestinal con gastrografín en el postoperatorio de forma sistemática, dada su alta tasa de falsos negativos que puede llegar hasta el 70%. [9] Otra herramienta para diagnosticar la fuga anastomótica, así como sus consecuencias intraabdominales es el TC que presenta la tasa más bajas de falsos negativos (15%). Se estima que la sensibilidad de la combinación de prueba con azul de metileno, tránsito gastrointestinal y TC está próxima al 100%.

En nuestro caso, ni el test con azul de metileno en el postoperatorio, ni el tránsito gastrointestinal ni el TC fueron capaces de diagnosticar la fuga anastomótica. Fue necesaria la realización de una endoscopia digestiva alta para visualizarla.

Se han probado múltiples métodos intraoperatorios para reducir la aparición de fugas, como el refuerzo de la anastomosis, la utilización de materiales de refuerzo de sutura mecánica, pegamentos biológicos, pero ninguno ha demostrado disminuir de forma significativa su aparición. [10, 11]

En pacientes estables con ausencia clara de signos de sepsis abdominal el tratamiento puede ser conservador, lo que supone el 60-90% de los casos [12]. En el resto es obligatoria una intervención, incluso sin confirmación radiológica. Se ha demostrado que la re-exploración es segura cuando se compara con el retraso del tratamiento del fallo anastomótico. El abordaje, en manos expertas, puede hacerse, por vía laparoscópica. Los principios generales del tratamiento de esta complicación son: antibióticos de amplio espectro, identificación y reparación del defecto (si es posible), irrigación y control de la contaminación, buen drenaje externo de la zona contaminada y acceso enteral para alimentación que puede ser a través de gastrostomía emplazada en el remanente gástrico. [8]

En el caso presentado, su estabilidad, permitió un manejo conservador con antibioterapia intravenosa y nutrición parenteral por intolerancia a la sonda nasoyeyunal. En la serie de *Csendes et al.* Se les aplicó este mismo tratamiento al 65% de los pacientes consiguiéndose el cierre en 34 días. [1]

Se han descrito en la literatura múltiples terapias endoscópicas para el cierre de dehiscencias anastomóticas, intentando acortar el tiempo de cierre. Terapias como la aplicación de pegamentos biológicos, clips o prótesis autoexpansibles. Se presentan como una ayuda al tratamiento conservador con la intención de evitar la cirugía, pero no han demostrado acortar el tiempo de cierre de forma significativa con respecto al tratamiento no quirúrgico sin endoscopia. Además, la terapia endoscópica no está exenta de complicaciones que se describen en algunas series de hasta el 58%.

[12] En el caso presentado se ha conseguido un cierre en tan solo 11 días con tratamiento no agresivo.

Conclusión

La cirugía bariátrica tiene un alto riesgo de complicaciones. Se trata de pacientes con comorbilidades importantes derivadas de su obesidad sometidos a cirugías complejas.

A pesar de la presencia de pruebas complementarias cada vez más eficaces, la clínica debe ser la piedra fundamental en la que debemos basar nuestras decisiones.

Es obligada una buena formación para enfrentarse a esta subespecialidad quirúrgica, para minimizar los riesgos del paciente obeso.

La presencia de complicaciones no debe hacernos perder la calma, un paciente estable nos deja una puerta abierta al tratamiento conservador. Medidas agresivas pueden agravar una situación ya problemática de entrada.

Bibliografía

1.Csendes, A., A.M. Burgos, and I. Braghetto, Classification and management of leaks after gastric bypass for patients with morbid obesity: a prospective study of 60 patients. *Obes Surg*, 2012. 22(6): p. 855-62.

2.Wittgrove, A.C., G.W. Clark, and L.J. Tremblay, Laparoscopic Gastric Bypass, Roux-en-Y: Preliminary Report of Five Cases. *Obes Surg*, 1994. 4(4): p. 353-357.

3.Carlin, A.M., et al., The comparative effectiveness of sleeve gastrectomy, gastric bypass, and adjustable gastric banding procedures for the treatment of morbid obesity. *Ann Surg*, 2013. 257(5): p. 791-7.

4.Dick, A., et al., Gastrointestinal bleeding after gastric bypass surgery: nuisance or catastrophe? *Surg Obes Relat Dis*, 2010. 6(6): p. 643-7.

5.Nelson, D.W., K.S. Blair, and M.J. Martin, Analysis of obesity-related outcomes and bariatric failure rates with the duodenal switch vs gastric bypass for morbid obesity. *Arch Surg*, 2012. 147(9): p. 847-54.

6.Hamilton, E.C., et al., Clinical predictors of leak after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity. *Surg Endosc*, 2003. 17(5): p. 679-84.

7.Alaedeen, D., et al., Intraoperative endoscopy and leaks after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Am Surg*, 2009. 75(6): p. 485-8; discussion 488.

8.Champion, J.K., Management of anastomotic leaks. *Obes Surg*, 2005. 15(9): p. 1257.

9.Wahby, M., et al., Is routine postoperative gastrografin study needed after laparoscopic sleeve gastrectomy? Experience of 712 cases. *Obes Surg*, 2013. 23(11): p. 1711-7.

10.Shikora, S.A., J.J. Kim, and M.E. Tarnoff, Comparison of permanent and nonpermanent staple line buttressing materials for linear gastric staple lines during laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis*, 2008. 4(6): p. 729-34.

11.Sapala, J.A., M.H. Wood, and M.P. Schuhknecht, Anastomotic leak prophylaxis using a vapor-heated fibrin sealant: report on 738 gastric bypass patients. *Obes Surg*, 2004. 14(1): p. 35-42.

12.Victorzon, M., S. Victorzon, and P. Peromaa-Haavisto, Fibrin glue and stents in the treatment of gastrojejunal leaks after laparoscopic gastric bypass: a case series and review of the literature. *Obes Surg*, 2013. 23(10): p. 1692-7.



Figura 1: Imagen endoscópica de orificio de fuga anastomótica.

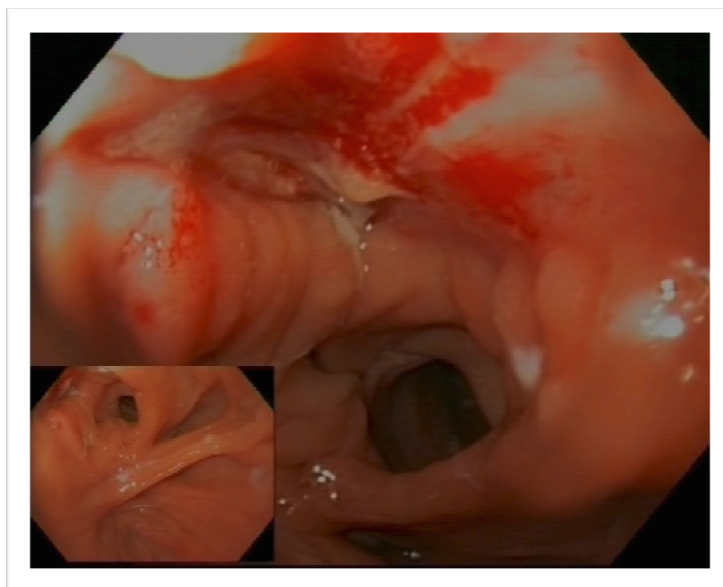


Figura 2: Imagen endoscópica de cicatrización completa de orificio de fuga anastomótica.