

Obstrucción, fístula y fuga. Suma de complicaciones en un mismo paciente tras bypass gástrico

Ferrer-Márquez Manuel, Belda-Lozano Ricardo, Vidaña-Márquez Elisabet, Ferrer-Ayza Manuel

*Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Torrecárdenas, Almería.. ✉ Manuferrer78@hotmail.com

Resumen: Caso clínico en el que se exponen tres complicaciones en una misma paciente intervenida de bypass gástrico. Obstrucción por hernia de Petersen, fuga gastroentérica y fístula gastrogástrica. Se realiza una revisión del tratamiento de dichas complicaciones

Palabras clave: Hernia de Petersen, fístula gastrogástrica, fuga gastroentérica, bypass gástrico

Abstract: Clinical case where three complications are exposed in the same patient after gastric bypass. Petersen hernia obstruction, gastroenteric leak and gastrogastroic fistula. A review is done about the treatment of these complications

Caso Clínico

A pesar de que existen diferentes técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la obesidad mórbida, el bypass gástrico sigue siendo actualmente la más realizada en Estados Unidos, junto a la gastrectomía vertical laparoscópica¹. Las complicaciones asociadas al bypass gástrico pueden llegar a ser frecuentes², por lo que es recomendable que su práctica sea llevada a cabo entre cirujanos experimentados en cirugía de la obesidad, así como en técnicas de laparoscopia avanzada. De esta manera se intenta disminuir en lo posible la morbimortalidad asociada a dicha técnica²⁻⁵. La fístula gastro-gástrica (FGG) es una comunicación anormal entre en reservorio y el remanente gástrico que suele aparecer entre el 1-6%⁶ de pacientes intervenidos, y puede llevar al fracaso de la cirugía. La fuga anastomótica es una de las complicaciones más temidas y graves que pueden ocurrir tras la realización de la técnica. Las hernias internas son las causas más frecuentes de obstrucción intestinal tras cirugía bariátrica. Presentamos el caso de una paciente intervenida de bypass gástrico que presentó las tres complicaciones descritas en su postoperatorio inmediato.

Mujer de 34 años, con antecedentes personales de HTA y SAHS, y con un IMC de 49 Kg/m². Se propone Bypass Gástrico laparoscópico. La intervención se lleva a cabo en su totalidad en el compartimento supramesocólico para facilitar su realización, mediante la técnica del bypass gástrico modificado. Se realiza anastomosis gastroentérica con endograpadora lineal. A 140cm de dicha anastomosis se realiza la anastomosis enteroentérica. El cierre de la gastrotomía y enterotomía se realiza mediante sutura continua con barbada 2-0 (doble plano) (Quills®). Se comprueba

estanqueidad con azul de metileno (todas las anastomosis) y posteriormente se secciona el pie de asa. Se utiliza la misma sutura para el cierre de mesos. Durante el postoperatorio inmediato (a las 48 horas de la cirugía) la paciente comienza con dolor abdominal importante y taquicardia. Se realiza TC abdominal urgente en el que se evidencia dilatación importante de asa yeyunal en posible relación con hernia interna (figura 1).

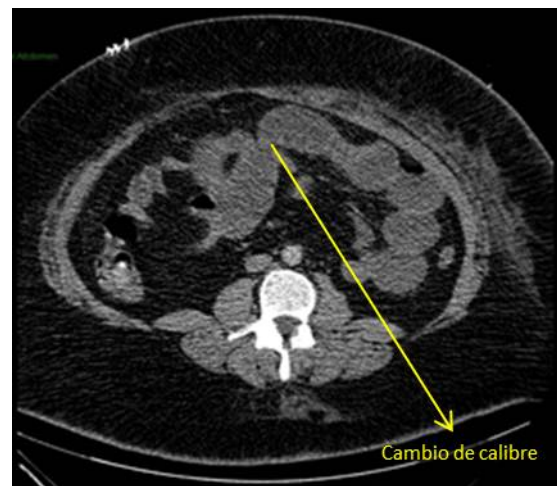


Figura 1. TC abdomen: Se objetivan asas de yeyuno dilatadas con cambio de calibre en relación a posible hernia interna.

Se decide intervención urgente objetivando dilatación importante de asa de yeyuno consecuencia de una hernia de Petersen. Esta obstrucción, a su vez, estaba produciendo una mínima fuga de la anastomosis gastroentérica. Se decide reducir la hernia, y realizar sutura simple de refuerzo a nivel de la anastomosis

gastroentérica, así como colocar un drenaje. El postoperatorio es favorable y la paciente se encuentra asintomática tras las primeras 72 horas. Se realiza un tránsito esofagogástrico previo al alta que pone de manifiesto la existencia de una fístula gastro-gástrica (figura 2). Tras dos semanas de tratamiento conservador (inhibidores de la bomba de protones a altas dosis), la paciente es dada de alta con dieta oral establecida. Durante el seguimiento en consulta, la paciente presenta buena pérdida ponderal (PSP: 71,97%) a los 18 meses, a pesar de seguir evidenciándose la fístula gastro-gástrica en las pruebas de imagen (al mes del alta, los 6 y los 12 meses). Dada la buena evolución, no se aconseja reintervención y la paciente sigue siendo valorada en consulta.

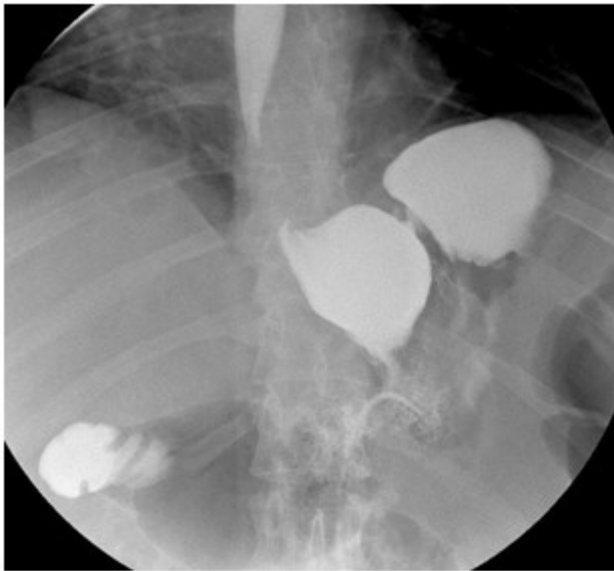


Figura 2.

Tránsito esofagogástrico. Durante la exploración se observa paso de contraste a través de un trayecto de escaso calibre desde el reservorio proximal a fundus de estómago excluido. Hallazgos son compatibles con fístula gastro-gástrica proximal.

Discusión:

Desde su descripción original por Mason e Ito en 1967⁷, se han introducido diferentes modificaciones en el bypass gástrico, con la idea de mejorar los resultados y disminuir las complicaciones, siendo la técnica quirúrgica bariátrica más realizada en la actualidad. A pesar de que los cirujanos bariátricos suelen estar entrenados, las complicaciones de estas técnicas quirúrgicas no son anecdóticas (9-13%), y pueden poner en riesgo la vida del paciente.

La obstrucción por hernia de Petersen debe evitarse sistemáticamente en la cirugía de bypass gástrico mediante el cierre de los defectos. Su incidencia ronda alrededor de 0.9- 4.5% y puede llevar a la estrangulación del asa intestinal con consecuencias fatales. Se debe comprobar que efectivamente queda estanco y que el cierre no ha sido parcial, ya que esto puede ser incluso más peligroso, como ocurrió en el caso descrito. Se ha demostrado una reducción significativa del riesgo de obstrucción intestinal tras el cierre del defecto⁸.

La mayor parte de las FGG están causadas por una sección incompleta gástrica a nivel del Hiss, o bien como consecuencia de una fuga subclínica que produce una comunicación entre el reservorio y el resto del estómago. En nuestra paciente, posiblemente sea debido a esta segunda causa como consecuencia de la obstrucción previa. Para evitar en la medida de lo posible esta complicación, diferentes autores aconsejan la realización de una técnica cuidadosa, revisar la línea de sutura, tratar los tejidos con cautela y confirmar la integridad de la anastomosis gastroentérica con azul de metileno⁹. También se han propuesto el uso de interposición de omento o yeyuno, la invaginación de la línea de grapado o el uso de sellantes¹⁰. Un número importante de pacientes con FGG se encuentran asintomáticos e incluso presentan buena pérdida ponderal, por lo que en estos casos no está indicado el tratamiento quirúrgico^{6,10,11}. El objetivo del tratamiento médico es atenuar la producción aumentada de ácido en el remanente gástrico mediante el uso de altas dosis de inhibidores de la bomba de protones, así como evitar el uso de antiinflamatorios no esteroideos. Sólo aquellos pacientes que se encuentran sintomáticos (dolor epigástrico por el paso de la secreción ácida del remanente hacia el reservorio), o aquellos con pérdida insuficiente de peso deben ser sometidos a una cirugía de revisión. En estos casos, las posibilidades varían desde la sección del trayecto fistuloso, la gastrectomía del remanente gástrico con la inclusión de la fístula, y la reconstrucción total del reservorio y nueva anastomosis gastruyeyunal con extracción en bloque del reservorio-fístula-remanente^{8,9}. Nuestra paciente se encontraba desde el postoperatorio asintomática y a lo largo de los primeros 12 meses ha presentado buena pérdida de peso, por lo que se decide tratamiento conservador y seguimiento.

A pesar de que la cirugía del bypass gástrico se asocia a una morbimortalidad no despreciable, el uso de una técnica meticulosa en cirujanos bariátricos bien formados puede conseguir disminuir su porcentaje. De la misma manera, el conocimiento de las posibles complicaciones es fundamental para conseguir un diagnóstico precoz y un tratamiento rápido y eficaz.

Bibliografía

1. Angrisani L, Santonicola A, Iovino P, Formisano G, Buchwald H, Scopinaro N. Bariatric Surgery Worldwide 2013. *Obes Surg*. 2015 Oct;25(10):1822-32.
2. Dayer-Jankechova A, Fournier P, Allemann P, Suter M. Complications After Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass in 1573 Consecutive Patients: Are There Predictors? *Obes Surg*. 2016 Jan;26(1):12-20.
3. Schauer P, Ikramuddin S, Hamad G, Gourash W. The learning curve for laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass is 100 cases. *Surg Endosc* 2003;17(2):212-5.
4. Ferrer-Márquez M, Solvas-Salmerón MJ, Moreno-Marín P, Belda-Lozano R, Ferrer-Ayza M, Rosado-Cobián R. Utilidad de un aula laparoscópica en la implantación de un programa de cirugía de la obesidad. *BMI* 4.1.8 (155-157) www.bmilatina.com.
5. Sánchez-Santos R, Ruiz de Adana JC. Las sociedades científicas y la impericia: programa de formación en cirugía bariátrica. *Cir Esp* 2013;91(4):209-210.
6. Tucker ON, Szomstein S, Rosenthal RJ. Surgical management of gastro-gastric fistula after divided laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass for morbidobesity. *J Gastrointest Surg* 2007;11(12):1673-9.
7. Mason EE, Ito C. Gastric bypass in obesity. *Surg Clin North Am* 1967;47:1345-51.
8. Rodríguez A, Mosti M, Sierra M, Pérez-Johnson R, Flores S, Dominguez G, et al. Small bowel obstruction alter antecolic and antegastric laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: could the incidence be reduced? *Obes Surg* 2010;20(10):1380-4.
9. Cucchi SG, Pories WJ, MacDonald KG, Morgan EJ. Gastrogastric fistulas. A complication of divided gastric bypass surgery. *Ann Surg* 1995;221(4):387-391.
10. Cho M, Kaidar-Person O, Szomstein S, Rosenthal RJ. Laparoscopic remnant gastrectomy: a novel approach to gastrogastric fistula after Roux-en-Y gastric bypass formorbid obesity. *J Am Coll Surg* 2007;204(4):617-24
11. Filho AJ, Kondo W, Nassif LS, Garcia MJ, Tirapelle Rde A, Dotti CM. Gastrogastric fistula: a possible complication of Roux-en-Y gastric bypass. *JSL* 2006;10(3):326-31.