

Caso Clínico

Cirugía de revisión en un paciente con disfagia severa y reflujo gastroesofágico intervenido por obesidad mórbida según la técnica de Salmon

Revision surgery in a patient with severe dysphagia and gastroesophageal reflux, after the salmon technique for morbid obesity.

Cristina Rihuete-Caro, Débora Acín-Gandara, Manuel Medina-García, Santiago Alonso-Gómez, Alfonso Antequera-Pérez, Fernando Pereira-Pérez.

Hospital Universitario de Fuenlabrada. ✉ cristina.rihuete@salud.madrid.org

Resumen: La cirugía bariátrica tiene un papel fundamental en el tratamiento de la obesidad mórbida y el síndrome metabólico. Las causas más frecuentes de cirugía de revisión son el fracaso con reganancia de peso y las complicaciones tardías. Presentamos un varón de 42 años con síntomas importantes de disfagia a sólidos y reflujo gastroesofágico, intervenido 10 años antes de cirugía bariátrica vía abierta según la técnica de Salmon. En el estudio diagnóstico se evidenció hernia de hiato y un reflujo patológico severo, sin estenosis a nivel de la anilla ni de la anastomosis gastroyeyunal, pero con fistulización del grapado transversal. La cirugía de revisión se realizó por vía laparoscópica: hiatorrafia y conversión a bypass gástrico. El posoperatorio transcurrió sin incidencias. Como complicación precoz al mes, tuvo una estenosis de la anastomosis gastroyeyunal resuelta de forma conservadora. Al año de la cirugía, el paciente está asintomático, con dislipemia como única comorbilidad, y con mejoría del índice de masa corporal (43 previo a cirugía primaria, 33 previo a cirugía de revisión y 29 tras un año y medio postcirugía de revisión). Es importante el seguimiento de los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica. Las cirugías de revisión siempre son un reto para el cirujano.

Palabras clave: cirugía bariátrica, cirugía revisión, técnica de Salmon, bypass gástrico, reflujo gastroesofágico.

Abstract: Bariatric surgery plays a fundamental role in the treatment of morbid obesity and metabolic syndrome. The most common causes of revision surgery are weight regain and late complications. We present a 42-year-old male with significant symptoms of solids dysphagia and gastroesophageal reflux, after 10 years obesity surgery unther Salmon technique by laparotomy. The diagnostic study, show a hiatal hernia with severe reflux, without stenosis at the level of the ring or the gastrojejunal anastomosis, but with fistulization of transverse stapling. The revision surgery was performed laparoscopically: hiatorraphy and conversion to gastric bypass. After postoperative without complications, the patient presented a stenosis of the gastrojejunal anastomosis, one month after surgery, and was resolve in a conservative way. One year after surgery, the patient is asymptomatic, with dyslipidemia as sole comorbidity, and with an improvement in body mass index (43 prior to primary surgery, 33 prior to revision surgery and 29 after one and a half years post revision surgery). Follow-up of patients undergoing bariatric surgery is important. Surgery revision is always a challenge for the surgeon.

Keywords: bariatric surgery, revision surgery, Salmon technique, gastric bypass, gastroesophageal reflux.

Introducción

La cirugía bariátrica se ha posicionado como uno de los pilares fundamentales en los tratamientos de la obesidad, tanto para mejorar la calidad de vida de los pacientes como para mejorar las comorbilidades. Desde sus inicios en los años 50, se han descrito multitud de técnicas quirúrgicas. Actualmente las tres más utilizadas a nivel mundial, por los buenos

resultados y seguridad a largo plazo, son: la banda gástrica, la gastrectomía vertical y el bypass gástrico con derivación en Y de Roux. Hay otras técnicas descritas que se realizan con menos frecuencia o que están en desuso hoy en día. En los últimos años, el número de intervenciones de cirugía bariátrica primaria se ha multiplicado y con ello las complicaciones tardías, como son la estenosis de la anastomosis, las hernias internas, el reflujo gastroesofágico y las alteraciones nutricionales y

metabólicas entre otras [1]. Las complicaciones tardías, el fracaso en la pérdida de peso y la reganancia son los principales motivos por lo que se lleva a cabo la cirugía de revisión. En nuestro caso presentamos el caso de un paciente con una técnica en desuso, la técnica de Salmon: una gastroplastia vertical anillada con grapado transversal del estómago y derivación en Y de Roux. Esta técnica se describió a finales de los años 80 con buenos resultados en la pérdida de peso, al asociar un componente malabsortivo a la gastroplastia anillada [2][3]. Como complicación tardía el paciente presentó disfagia severa y reflujo gastroesofágico, muy limitante, que requirió cirugía de revisión.

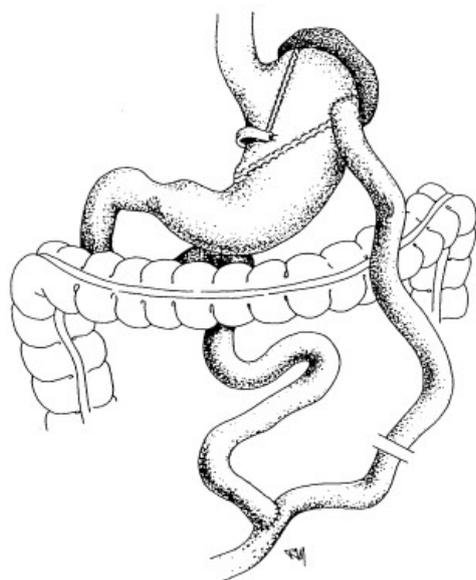


Figura nº 1

Material y método:

Caso clínico:

Nuestro caso clínico se trata de un varón de 42 años intervenido de cirugía bariátrica según la técnica de Salmon, con colecistectomía y vagotomía asociadas, en otro centro hace más de 10 años. Consulta en nuestro hospital por clínica muy limitante para su calidad de vida de un año de evolución: disfagia importante a sólidos, pirosis, ardor retroesternal y regurgitaciones frecuentes. Previo a la cirugía de la obesidad el paciente presentaba un índice de masa corporal (IMC) de 43, mientras que en el momento de la consulta tiene un IMC de 33 e hipercolesterolemia como única comorbilidad sin precisar tratamiento farmacológico.

Dentro del estudio diagnóstico se realiza:

-Gastroscoopia: Hernia de hiato. Tubulización de cámara gástrica sin dificultad para el paso del endoscopio tanto al antro y duodeno como al asa de intestinal delgado de la derivación intestinal. Biopsia para *Helicobacter pylori* negativa.

-Tránsito esófagoduodenal: buen paso de contraste distal en unión esofagogástrica sin estenosis, con paso de contraste a antro y duodeno.

-Manometría esofágica: esfínter esofágico inferior hipotenso (presión de reposo media de 8 mmHg) y trastorno motor del cuerpo esofágico compatible con peristalsis ineficaz con sólo un 40% de las ondas de amplitud y duración normal.

-PHmetría esofágica: reflujo gastroesofágico severo con un DeMeester de 88.5 y una fracción de tiempo con pH inferior a 4 del 18,7%. Numerosos episodios de reflujo tanto en bipedestación como es supino que coinciden con los episodios sintomáticos, el ardor de 129 minutos.



Figura nº2

Resultados

Con los resultados de las pruebas diagnósticas, el paciente fue valorado en el comité de Cirugía Endocrino-Metabólica decidiendo revisar en quirófano la técnica, considerando que la cirugía de conversión adecuada, si técnicamente era factible, sería un bypass gástrico con derivación en Y de Roux. La intervención quirúrgica se llevó a cabo por vía laparoscópica aunque la cirugía primaria se había realizado vía abierta. Inicialmente fue preciso hacer una adhesiolisis extensa de todo el compartimento supramesocólico. A continuación, disección del hiato esofágico con descenso parcial del estómago para reducir la hernia de hiato y posterior hiatorrafia. Tras ello, se liberó el asa de intestino delgado (ID) de la derivación supra e inframesocólica y se realizó el reservorio gástrico del bypass grapando cranealmente a la anilla gástrica y

medialmente a la gastroplastia vertical. No se varió la longitud del asa alimentaria puesto que la reganancia de peso no fue el motivo de la cirugía de revisión. La anastomosis entre el reservorio gástrico y el asa de ID se realizó se forma mecánica, lineal y antecólica, con comprobación posterior con azul de metileno. El posoperatorio transcurrió sin incidencias. Como complicación precoz al mes de la cirugía tuvo una estenosis de la anastomosis gastroyeyunal que precisó de dos dilataciones endoscópicas para su resolución. Al año y medio de la cirugía, el paciente está asintomático, sin disfagia, con un IMC de 29 y con dislipemia como única comorbilidad sin precisar tratamiento farmacológico.

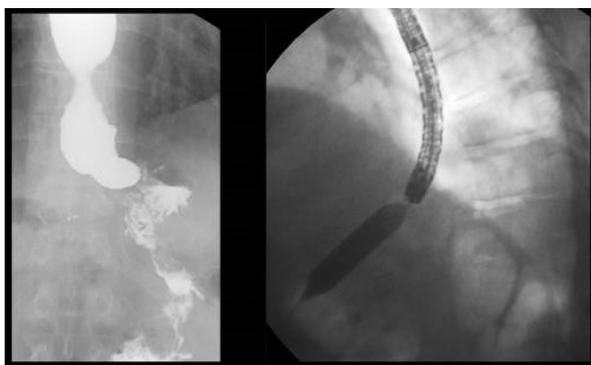


Figura n°3

Discusión

Salmon publicó entre 1992 y 1993 los resultados en cuanto a la pérdida de peso en pacientes superobesos tratados con su técnica. El seguimiento de los pacientes fue de una media de 4.9 años (2-9.4) y la media de exceso de peso perdido fue del 73% (46-96%), demostrando una tendencia a la reganancia de peso, con un fracaso en mantener al menos el 40% de exceso de peso perdido en menos del 1% de los pacientes. Como complicaciones a largo plazo describe el debanding del estoma por estenosis, infección o erosión, la eventración del grapado vertical y la fistulización del grapado transversal que eliminan el componente restrictivo; sin embargo no hace mención a otras complicaciones descritas en otras series como el reflujo gastroesofágico [4] [5].

El reflujo gastroesofágico es una complicación que puede aparecer tardíamente tras la cirugía bariátrica, pero también está descrito un componente de reflujo en los pacientes con obesidad. Por tanto, es importante hacer una anamnesis dirigida en la cirugía primaria, así como realizar las pruebas específicas necesarias, para confirmar o descartar esta patología y evitar así técnicas quirúrgicas que puedan potenciar los síntomas, como la gastrectomía vertical [6]. Hay estudios que recomiendan la endoscopia digestiva alta

como un estándar en el estudio preoperatorio para dar información sobre signos de reflujo y/o hernia hiatal, que debe ser reparada en la cirugía primaria [7]. El bypass gástrico con derivación en Y de Roux ha demostrado ser una técnica segura en el tratamiento de la obesidad y el reflujo gastroesofágico, así como la cirugía de conversión en pacientes con esta complicación tras haberse realizado otras técnicas como la gastrectomía vertical y la gastroplastia vertical anillada según estudios publicados [6][8][9].

La cirugía de revisión es un reto para el cirujano bariátrico por su complejidad y su exigencia técnica ya que el riesgo es mayor que en los procedimientos primarios. No hay protocolos estandarizados para el manejo de estas situaciones por lo que cada caso deberá estudiarse de forma individual y buscar la solución más adecuada. Es por ello, por lo que la experiencia del cirujano tiene un papel fundamental en este tipo de cirugías para la conversión de las técnicas [10] [11]. Aun tratándose de cirugía de revisión, la vía laparoscópica es factible, no sólo en aquellos pacientes en los que el procedimiento primario haya sido realizado por esta vía, sino también en aquellos que se ha realizado abierta. La tasa de conversión es del 6.2% cuando la cirugía primaria ha sido laparoscópica y del 14.3% cuando ha sido abierta. La vía laparoscópica se relaciona con menor pérdida de sangre, estancia hospitalaria y complicaciones menores (Clavien-Dindo ≤ 2) que la cirugía abierta, con una tasa de complicaciones mayores (Clavien-Dindo ≥ 3) aceptable sin mortalidad a los 30 días [1].

Es necesario hacer un seguimiento a largo plazo de los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica para evaluar y tratar las posibles complicaciones que surjan. Este caso clínico es un paciente único, con una técnica quirúrgica poco frecuente y conocida, y con una complicación acaecida tras más de 10 años de la cirugía primaria.

Conclusiones

En la cirugía de revisión es importante conocer la técnica bariátrica realizada en el procedimiento primario, para tener en cuenta las variaciones anatómicas con las que nos podemos encontrar para realizar otra técnica. Por este motivo las cirugías de revisión son más complejas y un reto para el cirujano bariátrico. No hay protocolos estandarizados para la solución en cada caso por lo que habrá que realizar un estudio detallado y tener en cuenta la experiencia del cirujano. Tanto por los resultados en este caso, como por lo descrito en la literatura, podemos concluir que la conversión a bypass gástrico con reconstrucción en Y de Roux no sólo es eficaz manteniendo la pérdida de

peso, sino que también es eficaz en el tratamiento del reflujo intratable. Nuestro paciente no sólo mejoró sintomáticamente del reflujo sino que mejoró el IMC de 33 a 29. El abordaje laparoscópico en la cirugía de revisión debe de ser el estándar por las menores complicaciones y mejor recuperación postoperatoria aunque la tasa de conversión sea mayor que en la cirugía primaria.

El seguimiento de los pacientes ha de realizarse a corto y largo plazo, para identificar y tratar complicaciones precoces y tardías. En nuestro caso, el reflujo gastroesofágico de forma tardía tras la primera intervención y la estenosis de la anastomosis gastroyeyunal de forma precoz tras la cirugía de revisión. El tratamiento de las complicaciones es fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes y mantener los resultados en cuanto al exceso de peso perdido asociado a la mejoría o desaparición de las comorbilidades.

Bibliografía

1. Revisional Bariatric Surgery for Unsuccessful Weight Loss and Complications.
2. Salvage of Failed Horizontal Gastroplasty by the Addition of a Distal Gastric Bypass.
3. Salvage of Failed Vertical Gastroplasty by the Addition of a Distal Gastric Bypass.
4. Gastroplasty/Distal Gastric Bypass: An Operation Producing Excellent and Prolonged Weight Loss in the Super-Obese.
5. The Rationales and Results of Gastroplasty/Distal Gastric Bypass.
6. Revisional Surgery After Laparoscopic Sleeve Gastrectomy.
7. Preoperative endoscopy may reduce the need for revisional surgery for gastro-oesophageal reflux disease following laparoscopic sleeve gastrectomy.
8. Laparoscopic conversion of vertical banding gastroplasty to a Roux-en-Y gastric bypass.

9. Short- and Long- Term Outcomes of Vertical Banded Gastroplasty Converted to Roux-en-Y Gastric Bypass.

10. Revisional Bariatric/Metabolic Surgery: What Dictates Its Indications?

11. Un reto para el cirujano bariátrico: cirugía de revisión bariátrica. Nuestra experiencia en 12 años.