

Caso Clínico

Manejo conservador de fuga post gastrectomía vertical. A propósito de un caso

Conservative management of leak after Sleeve Gastrectomy. Case report

Maria Diez Tabernilla, Carlos Diaz Lara, Inmaculada Oller Navarro, Antonio Arroyo Sebastián, Rafael Calpena Rico.

Cirugía General y Digestivo. Hospital General Universitario de Elche. ✉ mariadieztabernilla@gmail.com

Resumen: La aparición de una fuga en la línea de sección gástrica es la complicación quirúrgica postoperatoria más temida en los paciente intervenidos por Gastrectomía Vertical Laparoscópica (GVL) por obesidad mórbida, y en ocasiones puede suponer un riesgo vital para el paciente. El uso de drenajes en la línea de sección no se ha demostrado eficaz en el diagnóstico precoz de esta complicación, y las pruebas de imagen frecuentemente no la identifican. A menudo son los signos clínicos como taquicardia, fiebre o hipotensión los primeros indicadores de fuga. En muchas ocasiones esta complicación precisa de reintervención quirúrgica, drenaje percutáneo y tratamiento con endoprótesis. En el caso que presentamos, la ausencia de criterios de gravedad permitió el manejo conservador del paciente y se constató su resolución mediante antibioterapia empírica, sin precisar terapias más invasivas

Palabras clave: Fuga, gastrectomía vertical, tratamiento conservador

Abstract: The appearance of a leak in the gastric section line is the most feared postoperative surgical complication in patients undergoing Sleeve Gastrectomy due to morbid obesity. Sometimes pose a vital risk to the patient. The use of drainage in the section line has not shown to be effective in the early diagnosis of this complication. Imaging tests frequently do not identify these leaks. Often clinical signs such as tachycardia, fever or hypotension are the first indicators of leakage. In many cases this complication requires surgical reintervention, percutaneous drainage, and endoprosthesis. In the case reported, the absence of severity criteria allowed the conservative management of the patient. Their resolution was confirmed by empirical antibiotic therapy, not requiring invasive therapies

Keywords: Leack, sleeve gastrectomy, conservative treatment

Introducción

En los últimos años el tratamiento de la obesidad mórbida mediante gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) se ha convertido en procedimiento cada vez más popular debido a su aparente simplicidad, resolución de comorbilidades y resultado en cuanto a pérdida de peso (1)

La aparición de una fuga en la línea de sección gástrica es la complicación quirúrgica postoperatoria más temida en los paciente intervenidos por GVL por obesidad mórbida, y en ocasiones puede suponer un riesgo vital para el paciente. El uso de drenajes en la línea de sección no se ha demostrado eficaz en el diagnóstico precoz de esta complicación, y las pruebas de imagen frecuentemente no la identifican. A menudo son los signos clínicos como taquicardia, fiebre o dolor abdominal los primeros indicadores de fuga (2). En muchas ocasiones esta complicación precisa de

reintervención quirúrgica, drenaje percutáneo y tratamiento con endoprótesis. En el caso que presentamos, la ausencia de criterios de gravedad permitió el manejo conservador del paciente y se constató su resolución mediante antibioterapia empírica, sin precisar terapias más invasivas

Material y métodos

Se trata de un paciente varón de 38 años, con un IMC 43.2 y que presentaba como antecedentes HTA, SAOS e Insulinorresistencia, que se intervino realizándose GVL. En el postoperatorio inmediato (<24h) presentó taquicardia y fiebre, por lo que se realizó un TAC con contraste oral en el que no se identificó fuga. Los síntomas remitieron en 24 horas y el paciente fue dado de alta asintomático. El 16^a día postoperatorio el paciente acude al servicio de urgencias por febrícula de 24h de evolución sin otros síntomas. No se objetivan

hallazgos analíticos significativos, pero al realizar TAC abdominal se evidencia una colección líquida de paredes finas en íntima relación con la cara lateral izquierda del cardias gástrico y posterior al lóbulo hepático izquierdo, de aproximadamente 44x38x47mm, que asocia cambios inflamatorios de la grasa y pequeñas adenopatías locorregionales reactivas y ausencia de líquido abdominal libre ni neumoperitoneo (figura 1)

Dado que el paciente se encuentra hemodinámicamente estable se decide iniciar antibioterapia empírica y solicitar punción eco-guiada, que se programa 5 días más tarde. Dicha punción no se realiza por no identificarse dicha colección vía ecográfica, lo que se confirma mediante TAC abdominal, donde solo se identifican tres burbujas de gas libre en la zona.(figura 2) El paciente semantiene estable, afebril y reanuda tolerancia sin incidencias inmediatas ni en los controles posteriores.

Resultados

Se han descrito varios factores que pueden estar relacionados con la aparición de fístula post-GVL. Entre ellos, factores propios del paciente, como puede ser un IMC >50 (superobesos) (3). También se han estudiado factores quirúrgicos con el tamaño de la bujía de calibración de la manga (4), el uso o no de materiales de refuerzo de la endograpadora, sobresutura de la línea de sutura o utilización de pegamento de fibrina, (4,6) o uso de drenajes, pero los resultados son dispares y no se ha evidenciado que ninguna de ellas reduzca significativamente la incidencia de fugas (4,6,7)

En este caso el paciente contaba un IMC de 43,2. La sección gástrica se realizó sobre sonda de Foucher de 40 Fr, sin reforzar la línea de grapas ni sobresuturarla, y se dejó un drenaje que se retiró a las 48 h del postoperatorio

Las fugas en la línea de grapas tienen lugar entre el 75-85% de los casos a nivel del tercio proximal (4,8). En este caso la colección intraabdominal se localizó a nivel de la cara lateral izquierda del cardias gástrico, por lo que es probable que se originase en éste tercio proximal.

Es poco frecuente que las fístulas den síntomas en los primeros días del postoperatorio, y hasta en 79% de los casos se manifiestan después del alta hospitalaria, más allá del décimo día postoperatorio (4). En este caso el paciente presentó fiebre y taquicardia en las primeras 24 horas, pero después estuvo asintomático hasta que ingresó por fiebre.

Discusión

La fuga en la línea de sección es la complicación quirúrgica más temida después de la GVL y puede suponer largas estancias hospitalarias, importante morbilidad y en ocasiones mortalidad (9). En los últimos años se ha venido observando una disminución en la incidencia de fugas post-GVL desde que se inició la técnica. Esto puede estar relacionado con el énfasis en la estandarización de la técnica basada en la experiencia acumulado, recomendaciones de consensos internacionales y grupos de expertos (2). La incidencia de fuga en la línea de grapado en la GVL se estima entre un 0% y 7% (10).

Los pacientes a menudo no presentan síntomas muy evidentes, siendo más frecuente la aparición de síntomas inespecíficos como fiebre y taquicardia, con o sin dolor abdominal asociado.

A pesar de su baja incidencia, supone un riesgo vital para el paciente, por lo que es fundamental su tratamiento precoz y adecuado, una vez diagnosticado. El tratamiento principal de una fuga post-GVL se basa en un adecuado drenaje, soporte nutricional y antibioterapia (10)

En caso de inestabilidad hemodinámica, el drenaje quirúrgico será el tratamiento de elección, pero en los casos en que el paciente se encuentra estable, se puede optar por medidas más conservadoras (11), como es el drenaje percutáneo o el uso de stents autoexpandibles para aislar la fuga.

En este caso el tratamiento antibiótico empírico y el soporte nutricional fueron tratamiento suficiente para resolver la fuga, sin tener que acudir a métodos más invasivos

Conclusiones

La fuga en la línea de sección es la complicación quirúrgica más temida después de la GVL. El drenaje, el soporte nutricional y la antibioterapia son las bases de su tratamiento. La estabilidad clínica del paciente y ausencia de signos de gravedad permiten en ocasiones el manejo conservador de una fuga postgastrectomía, sin precisar drenaje ni uso de stents intraluminales

Bibliografía

- 1 Bellanger DE, Greenway FL. Laparoscopic sleeve gastrectomy, 529 cases without a leak: short-term results and technical considerations. *Obes Surg* 2011;21:146–50.
2. J. Kim, Azagury D, Eisenberg D et al. ASMBS position statement on prevention, detection, and treatment of gastrointestinal leak after gastric bypass and sleeve gastrectomy, including the roles of imaging, surgical exploration, and nonoperative management. *Surg Obes Relat Dis*. 2015;11 739–748
3. Fuks D, Verhaeghe P, Brehant O, Sabbagh C et al. Results of laparoscopic sleeve gastrectomy: a prospective study in 135 patients with morbid obesity. *Surgery* (2009) 145:106–113
4. Aurora AR, Khaitan L et Saber AA Sleeve gastrectomy and the risk of leak: a systematic analysis of 4,888 patients. *Surg Endosc* (2012) 26:1509–1515
5. Gagner M, Buchwald JN, B.A. Comparison of laparoscopic sleeve gastrectomy leak rates in fourstaple-line reinforcement options: a systematic review. *Surg Obes Relat Dis*. 2014; 10. 713–724
6. Dapri G, Cadière GB, Himpens J. Reinforcing the staple line during laparoscopic sleeve gastrectomy: prospective randomized clinical study comparing three different techniques. *Obes Surg* 2010; 20: 462-467
7. Parikh M, Issa R, McCrillis A, Saunders JK, Ude-Welcome A, Gagner M. Surgical strategies that may decrease leak after laparoscopic sleeve gastrectomy: a systematic review and meta-analysis of 9991 cases. *Ann Surg* 2013; 257: 231-237
8. Sakran N, Goitein D, Raziell A, et al. Gastric leaks after sleeve gastrectomy: a multicenter experience with 2,834 patients. *Surg Endosc* 2013;27(1):240–5.
9. Rached AA, Basile M, El Masri H. Gastric leaks post sleeve gastrectomy: review of its prevention and management. *World J Gastroenterol*. 2014; 15(38) 13904-13910.
10. Csendes A, Burdiles P, Burgos AM, Maluenda F, Diaz JC. Conservative management of anastomotic leaks after 557 open gastric bypasses. *Obes Surg* 2005;15(9):1252–6.
11. Deitel M, Gagner M, Erickson AL, Crosby RD. Third International Summit: current status of sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis* 2011;7(6):749–59..