

Caso Clínico

Dehiscencia gastroileal contenida tras procedimiento de cirugía bariátrica**Gastroileal dehiscence contained after bariatric surgery procedure**

María Moreno Gijón, Diego Cerra Bergueiro, Jose Luis Rodicio Miravalles, Raquel Rodríguez Uría, Estrella Olga Turienzo Santos, Lourdes Sanz Alvarez.

Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Central de Asturias. ✉ mmorensue@hotmail.com

Resumen: El bypass gastroileal es una variante del bypass biliopancreático mínimamente restrictiva con alto componente malabsortivo y una única anastomosis. Se describe como una técnica sencilla, rápida y reproducible, que en principio permite reducir el número de complicaciones postoperatorias, así como un aumento en la calidad de vida del paciente con respecto al bypass biliopancreático. Al tratarse de una técnica aún no estandarizada no se conocen con detalle las posibles complicaciones derivadas de ella. Presentamos una complicación, no descrita hasta la fecha, consistente en una perforación de asa eferente en unos 15 cm, con tiempo de latencia prolongado y evolución clínica fulminante que pone de manifiesto la labilidad de los pacientes bariátricos y la necesidad de una buena y rápida evaluación clínica y radiológica para evitar desenlaces fatales.

Palabras clave: Cirugía bariátrica; Bypass gastroileal; Sepsis; Cirugía de control de daños.

Abstract: The gastroileal bypass is a variant of the minimally restrictive biliopancreatic bypass with a high malabsorptive component and a single anastomosis. It is described as a simple, fast and reproducible technique which in principle allows to reduce the number of postoperative complications and increase the quality of life of the patient with respect to biliopancreatic bypass. As it is a technique not yet standardized, the possible complications derived from it are not known in detail. We present a complication, not described to date, consisting of an efferent loop perforation in about 15 cm with a long latency time and fulminant clinical evolution. That complication shows the lability of bariatric patients and the need for a good and rapid clinical evaluation to avoid fatal outcomes.

Keywords: Obesity Surgery; Gastroileal bypass; Sepsis; Damage control Surgery

Introducción

El bypass gastroileal es una variante de la cirugía bariátrica que se encuentra entre el bypass biliopancreático sin gastrectomía y otras técnicas de una anastomosis como el bypass de Mason(1) de Greenville(2) o el BAGUA(3). Es una intervención, descrita por Resa en 2004 mínimamente restrictiva, con alto componente malabsortivo y una sola anastomosis. A partir del año 2010 se empezó a generalizar su indicación por presentar una baja tasa de complicaciones postoperatorias con buena pérdida ponderal mantenida en el tiempo(4). Se describe como una técnica sencilla, rápida y reproducible que en principio permite reducir el número de complicaciones postoperatorias. Se minimiza la posibilidad de complicaciones al prescindir de una anastomosis de "pie de asa" y al realizar menor disección gástrica, según su autor. Con esto disminuye el riesgo de hemorragias postoperatorias y de complicaciones

secundarias a la anastomosis yeyunoyenunal. Además se describe como un aumento en la calidad de vida del paciente con respecto al bypass biliopancreático, con mejoría de la esteatorrea(4).

El ingreso postoperatorio dura menos de 48 horas y el paciente puede realizar una dieta normal a los 3 meses de la intervención. No obstante, esta técnica no está popularizada aún, de tal modo que las posibles complicaciones derivadas de la cirugía no se conocen al detalle.

Material y método:*Caso clínico:*

Presentamos de una mujer de 49 años, fumadora importante, sin otros antecedentes personales de interés, con un IMC 48 kg/m², sometida a cirugía bariátrica "tipo bypass" en otro hospital sin aportar

informes de la técnica realizada. Acude 1 mes más tarde a su hospital de referencia por mal estado general y astenia de 10 días de evolución.

En urgencias de su Centro presenta constantes normales con FC 86 lpm, TA 109/69 mmHg, saturación 98% y analítica con 14000 leucocitos y PCR 34,5 mg/dL, por lo que se realiza Tomografía Computarizada (TC) abdominal donde se objetiva un absceso desde el borde subhepático hasta fosa iliaca derecha (FID) y anastomosis sin fuga de contraste en lo que parece un bypass gastroileal (Figuras 1 y 2) por lo que se deriva a nuestro hospital como centro de referencia de cirugía bariátrica.

La paciente ingresa con estabilidad hemodinámica, para tratamiento antibiótico y monitorización en la UCI. Con el diagnóstico de sepsis de origen abdominal y ante la buena situación clínica, se decide punción radiológica del absceso. A las pocas horas del ingreso presenta un rápido empeoramiento clínico y analítico con shock séptico e importante repercusión gasométrica con elevación de D-dímero por lo que ante la sospecha de TEPA se realiza un nuevo TC toraco-abdominal (Figuras 3 y 4) donde aparecen nuevas colecciones perianastomosis y abundante líquido libre intraabdominal, con neumoperitoneo asociado a una dehiscencia de la anastomosis gastroileal, ausente 12 horas antes. Se inicia sueroterapia intensa y soporte vasoactivo. Se traslada a quirófano de forma urgente con noradrenalina a dosis bajas inicialmente

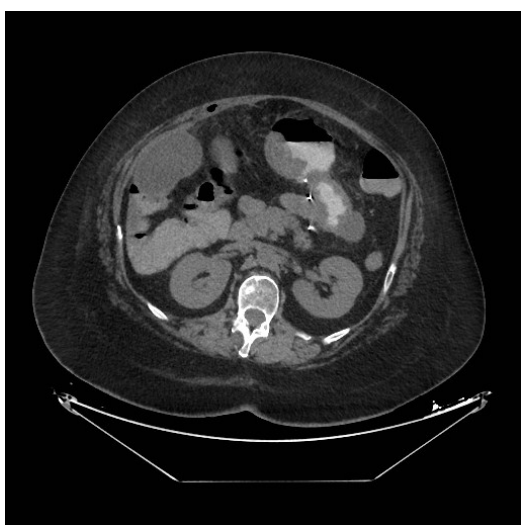


Figura 1: Anastomosis gastrointestinal en antro con paso de contraste. Absceso subhepático.



Figura 2: Absceso que fistuliza a pared, rompiendo la fascia posterior del recto anterior derecho.



Figura 3: Aumento del líquido libre intrabdominal.

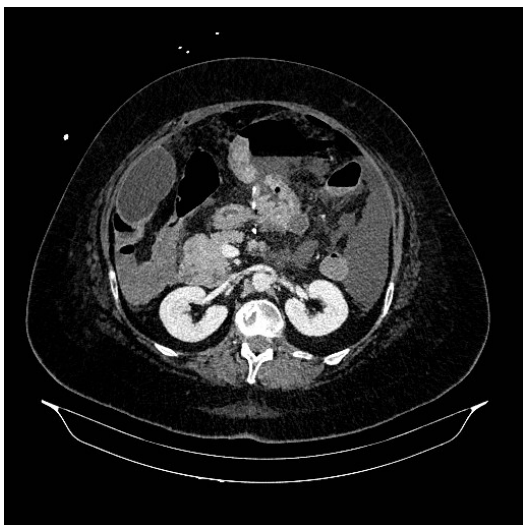


Figura 4: Extravasación de contraste de anastomosis gastrointestinal.

Cirugía urgente:

En quirófano comienza con oligoanuria a pesar de importante aporte de cristaloides y aumento de dosis de noradrenalina hasta 0,93 mcg/kg/min. Con la laparotomía se observa una dehiscencia de la sutura gastroileal, el asa aferente está perforada y el asa eferente está abierta “como un libro” (Figura 5). El estómago está seccionado a 5 cm del píloro. Montaje de bypass de una anastomosis, con asa eferente abierta 180° en un tramo de unos 10-15 cm, la anastomosis gastroileal estaba realizada hacia curvatura menor en montaje antiperistáltico a 40 cm de la válvula ileocecal, y asa aferente perforada en un tramo de 3 cm.

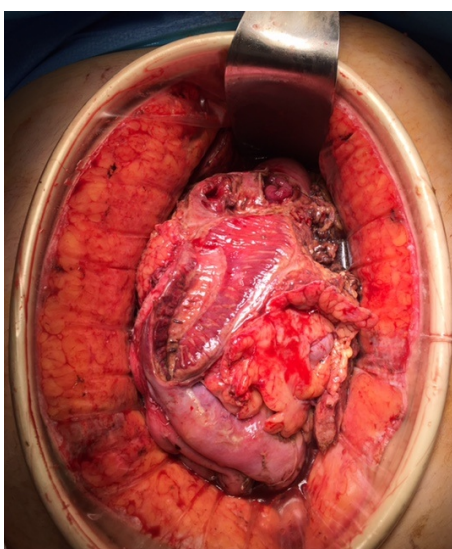


Figura 5: Dehiscencia gastrointestinal y asa eferente abierta 180°.

Ante estos hallazgos y la mala situación clínica de la paciente se le practica una cirugía de control de daños con sección de la anastomosis e intestino delgado afecto, se desestiman anastomosis, abundante lavado, drenaje del absceso y abdomen abierto de cara a una segunda cirugía en 48 horas.

La paciente pasa a la UCI encontrándose las primeras horas tras la intervención con inestabilidad hemodinámica que precisa fluidoterapia y perfusión de noradrenalina, aunque puede disminuirse la dosis 0,93 a 0,67 mcg/kg/min, hipertermia refractaria y deterioro de función renal con creatinina 2,09 mg/dl, urea 39 mg/dl, procalcitonina 776 ng/mL y leucocitosis 18900. Se comienza con cobertura antibiótica empírica de amplio espectro con antifúngicos (Caspofungina), Linezolid y Meropenem.

Reintervención

A las 48 horas se revisa y se lava la cavidad abdominal y, dada la inestabilidad hemodinámica, la hipertermia y la anuria, se decide derivación digestiva externa y renunciar de nuevo a anastomosis. Se realiza: gastrostomía evacuadora del estómago proximal sobre sonda Foley, yeyunostomía de alimentación a 15 cm del Treitz e ileostomía terminal en FID. En la UCI mantiene hipertermia e hipotensión refractarias, acidosis metabólica severa y altas necesidades de aminos vasoactivas por lo que finalmente fallece a las 72 horas de la segunda intervención. La necropsia confirma el shock séptico como causa del fallecimiento.

Discusión

Se presenta una complicación extremadamente infrecuente, no descrita hasta la fecha, que pone de manifiesto la labilidad de los pacientes bariátricos, consistente en una perforación cubierta de una anastomosis gastroileal, asa aferente y apertura de asa eferente con tiempo de latencia probablemente prolongado, y evolución clínica fulminante.

Las complicaciones quirúrgicas del bypass gástrico(5) y el biliopancreático, menos frecuentes que las médicas(6), son bien conocidas por los cirujanos con especial dedicación a la obesidad y cada vez más manejadas por todos los cirujanos de guardia de los centros y sobre todo donde se realizan estas técnicas. Fundamental también es el papel de los radiólogos que deben conocer las técnicas existentes, las posibles complicaciones y la expresión radiológica de las mismas(7,8). Entre las complicaciones más temidas se

describen hemorragias postoperatorias, hernias internas, dehiscencias de anastomosis o fugas precoces y tardías que requerirán un manejo en manos expertas y multidisciplinar(6,9).

La labilidad de estos pacientes exige, ante cualquier sospecha de complicación, una vigilancia estrecha, actuar de forma rápida y una buena interpretación de las imágenes tanto por el radiólogo(7) como por el cirujano de guardia para evitar desenlaces fatales.

La aparición de nuevas técnicas de cirugía bariátrica, deben llevar asociado un entorno de investigación en el que se cumplan unos requisitos básicos para su realización y análisis, en el marco de la acreditación y experiencia en cirugía bariátrica. Fuera de estos ámbitos deberíamos ceñirnos a técnicas quirúrgicas avaladas en la literatura.

Conclusiones

La cirugía bariátrica ideal aún no está descrita y, en espera de la evolución natural de la cirugía y de los cirujanos, debemos evitar dejarnos llevar por técnicas quirúrgicas que en manos expertas pueden resultar sencillas, teniendo siempre presente la importancia de la formación de los cirujanos y la acreditación que tanto defienden las sociedades científicas como la SECO, con el fin de evitar situaciones fatales como la descrita.

Bibliografía

- 1 Mason EE, Ito C. Gastric bypass in obesity. *Surg Clin North Am.* 1967 Dec;47(6):1345-51.
- 2.W J Pories, J F Caro, E G Flickinger, H D Meelheim, and M S Swanson. The control of diabetes mellitus (NIDDM) in the morbidly obese with the Greenville Gastric Bypass. *Ann Surg.* 1987 Sep; 206(3): 316–323.
- 3.Lee WJ1, Lin YH. Single-anastomosis gastric bypass (SAGB): appraisal of clinical evidence. *Obes Surg.* 2014 Oct;24(10):1749-56.
- 4.Resa J.J. Bypass Gastroileal. Una nueva técnica para el tratamiento de la obesidad y las enfermedades metabólicas. 2014 Agosto. *BMI* 4.4.2 (48-551).
- 5.Osland E, Yunus RM, Khan S, Memon B, Memon MA. Late Postoperative Complications in Laparoscopic Sleeve Gastrectomy (LVSG) Versus Laparoscopic Roux-en-y Gastric Bypass (LRYGB): Meta-analysis and

Systematic Review. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2016 Jun;26(3):193-201.

6.Irene T. Ma, and James A. Madura II . Gastrointestinal Complications After Bariatric Surgery. *Gastroenterol Hepatol (N Y).* 2015 Aug;11(8):526–535.

7.Yu J1, Turner MA, Cho SR, Fulcher AS, DeMaria EJ, Kellum JM, et al. Normal anatomy and complications after gastric bypass surgery: helical CT findings. *Radiology.* 2004 Jun;231(3):753-60.

8.Al-Saeed O1, Fahmy D, Kombar O, Hasan A . Sixty-four-slice multidetector computerized tomography in the evaluation of transmesenteric internal hernias following Roux-en-Y bariatric surgery. *Med Princ Pract.* 2013;22:540-4.

9.Dorman RB1, Rasmus NF, al-Haddad BJ, Serrot FJ, Slusarek BM, Sampson BK, Buchwald H, Leslie DB, Ikramuddin Benefits and complications of the duodenal switch/biliopancreatic diversion compared to the Roux-en-Y gastric bypass. *Surgery.* 2012 Oct;152(4):758-65.