

Caso Clínico

Necrosis gástrica tras endoscopia terapéutica en postoperado de gastrectomía vertical**Gastric necrosis after therapeutic endoscopy in postoperative vertical gastrectomy**

Raquel Rodríguez Uría, Jose Luis Rodicio Miravalles, María Moreno Gijón, Sandra Sanz Navarro, Estrella Turienzo Santos, Lourdes Sanz Álvarez.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias. ✉ raquel_ro18@hotmail.com

Resumen: La gastrectomía vertical se ha convertido en una técnica habitual en cirugía bariátrica. No obstante vamos descubriendo nuevas complicaciones. Presentamos el caso de un varón de 53 años con IMC de 44 kg/m², que en el postoperatorio inmediato de una gastrectomía vertical laparoscópica, presentó hematemesis con inestabilidad hemodinámica, por lo que se realizó una gastroscopia objetivando 3 puntos sangrantes a lo largo de la línea de sutura, que fueron esclerosados. Requirió reintervención, en la que se objetiva un área necrótica perforada en la cara anterior del cuerpo-antro gástrico. Se realizó resección de dicha área y cierre primario. En la evolución se evidencia fuga temprana de contraste, bien drenada. Tras tratamiento conservador hospitalizado durante 2 meses para optimización, es intervenido realizando una conversión a bypass gástrico. La necrosis gástrica es una complicación de la endoscopia terapéutica muy infrecuente, no descrita tras una gastrectomía vertical. En este caso, probablemente se deba a la suma de los factores de riesgo isquémico del paciente, asociados al traumatismo quirúrgico, así como a la inyección endoscópica de adrenalina y un fármaco esclerosante. Para poder evitar este tipo de complicaciones debemos identificar correctamente al paciente de alto riesgo e individualizar los recursos terapéuticos.

Palabras clave: necrosis gástrica, gastrectomía vertical

Abstract: Sleeve gastrectomy has become a common technique in bariatric surgery. However we are discovering new complications. We report the case of a 53-year-old man with a BMI of 44 kg / m² who, in the immediate postoperative period of a laparoscopic sleeve gastrectomy, presented hematemesis with hemodynamic instability. Gastroscopy was performed and showed 3 bleeding points throughout the suture line, which were sclerosed. The patient required reintervention. A perforated necrotic area on the anterior surface of the gastric antrum-body was observed. The procedure consists on remove the necrotic area and a primary closure. In postoperative evolution a computed tomography scan revealed an early leakage of contrast but it was well drained. The patient was hospitalized for 2 months for optimization and finally underwent a gastric bypass conversion. Gastric necrosis is a complication of very rare therapeutic endoscopy, not described after a vertical gastrectomy. In this case, it is probably due to the total ischemic risk factors of the patient associated with surgical trauma, as well as the endoscopic injection of adrenaline and a sclerosing drug. In order to avoid this type of complications we must correctly identify the high risk patient and individualize the therapeutic resources.

Keywords: gastric necrosis, Sleeve gastrectomy

Introducción

La gastrectomía vertical es una técnica de cirugía bariátrica que consiste en una gastrectomía parcial, eliminando la mayor parte de la curvatura mayor y su vascularización, dejando un tubo estrecho a expensas de la curvatura menor.

Constituye la parte restrictiva de un procedimiento mixto, el cruce duodenal. Hess realizó el primer cruce duodenal en marzo de 1988¹, y Marceau et al

publicó el primer artículo². Gagner et al realizaron el primer procedimiento totalmente laparoscópico en octubre de 1999³. Es una técnica aceptada en sus inicios como primera etapa en pacientes superobesos, pero que con los años se ha propuesto y utilizado con éxito en otras situaciones⁴.

Así la gastrectomía vertical es una alternativa al bypass gástrico, y se ha popularizado entre otras razones por ser técnicamente menos demandante, con resultados satisfactorios en pérdida de peso y resolución de comorbilidades, así como interpretarse como una opción menos agresiva para el paciente obeso mórbido

que asocia enfermedades médicas graves. Si bien vamos conociendo cada día mejor sus bondades como cirugía bariátrica, también surgen nuevas complicaciones como la que presentamos, hasta la fecha no publicada.

Material y método:

Caso clínico:

Varón de 53 años, IMC de 44 kg/m², con pluripatología cardiovascular y un trasplante renal por poliquistosis renal. Destaca de la medicación los corticoides e inmunosupresores. Es priorizado en la lista de espera por disfunción del injerto renal y necesidad de pérdida de peso para retrasplante. Se realiza gastrectomía vertical laparoscópica.

En el primer día postoperatorio, coincidiendo con la hemodiálisis, presentó hematemesis con inestabilidad hemodinámica. Se realizó gastroscopia, en la que se observaron varios coágulos y 3 puntos sangrantes a lo largo de la línea de sutura, que fueron esclerosados con adrenalina (20cc) y etoxiesclerol (16cc). No precisó transfusión.

Tras una evolución favorable y en espera del alta, en el noveno día postoperatorio, el paciente presentó dolor abdominal importante. Se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) urgente, con hallazgo de neumoperitoneo, contraste extraluminal, y varias colecciones perigástricas. Se reintervino mediante laparotomía objetivando un área necrótica perforada de 5x3cm en la cara anterior del cuerpo-antro gástrico. Se realiza desbridamiento, aproximación de los bordes del defecto con puntos sueltos y lavados, y se dejaron drenajes, y a nivel de la sutura y en el extremo superior, una sonda de Foley.

En el postoperatorio se evidencia fuga temprana de contraste, bien drenada; se realiza gastroscopia que objetiva una dehiscencia completa de la sutura gástrica que está contenida por el drenaje (Figura 1), y se coloca sonda de nutrición enteral en duodeno.

Dada la situación clínica se optó por realizar un tratamiento conservador hospitalizado para optimización, y cirugía diferida. Es intervenido realizando una conversión a bypass gástrico, con resección del estómago afecto, quedando un reservorio de unos 5x4cm, un asa biliopancreática de 50 cm y un asa alimentaria de 70cm, y yeyunostomía de alimentación (Figura 2). Evolución posterior

favorable. El paciente fue dado de alta tras 3 meses de ingreso.



Figura nº 1: Dehiscencia de la sutura gástrica contenida por el drenaje

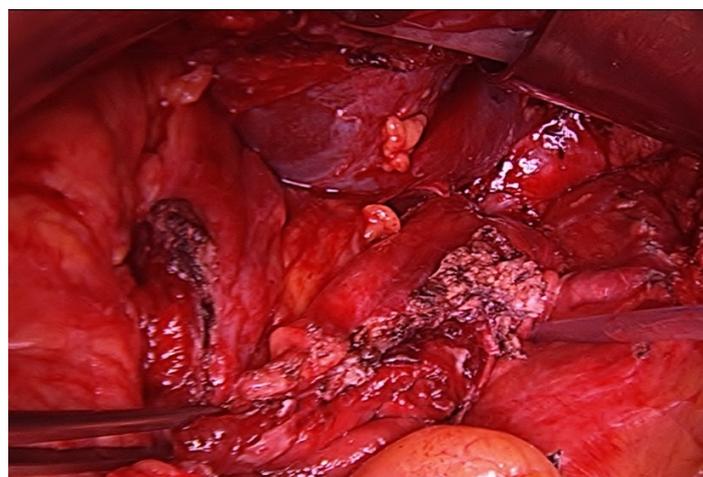


Figura nº2: estómago con dehiscencia en cuerpo-antro de unos 10 cm de longitud

Discusión

La gastrectomía vertical es una técnica de cirugía bariátrica llevada a cabo cada vez con más frecuencia, tanto en España como a nivel mundial. Su complicación más característica y difícil de tratar es la fuga del ángulo de His (5,6).

Existen asimismo complicaciones mucho más infrecuentes pero también graves, como la que

presentamos: la necrosis gástrica tras gastrectomía vertical y endoscopia terapéutica.

La hemorragia de la línea de grapado tras gastrectomía vertical puede ser tanto extraluminal como intraluminal, siendo en este último caso la endoscopia una herramienta muy útil tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico⁷. La isquemia gástrica aguda es muy infrecuente, pero existen en la literatura algunos casos tras terapias de inyección endoscópica de esclerosantes en pacientes con determinados factores de riesgo (8).

En el caso clínico presentado la suma de varios factores probablemente nos de la explicación de esta complicación tan inusual: paciente inmunosuprimido, hipertenso, con arterioesclerosis y exfumador importante; asociado al traumatismo que supone la propia cirugía y la eliminación de la arcada vascular gastroepiploica, a lo que se añade la gastroscopia terapéutica con adrenalina y un fármaco esclerosante. Teniendo en cuenta esto, ante una complicación hemorrágica como la que presentó el paciente, probablemente hubiera sido necesario un manejo más individualizado, empleando en la gastroscopia terapéutica exclusivamente adrenalina o doble terapia con adrenalina y otros medios, como endoclips, que no incrementarían el riesgo isquémico. Dada la pérdida de sustancia gástrica se hacía inviable otra reconstrucción distinta al bypass gástrico, del que optamos por dejar el mínimo de asa alimentaria para prevenir el reflujo biliar.

Conclusiones

La gastrectomía vertical, como cualquier otro acto quirúrgico, no está exenta de complicaciones. En el tratamiento endoscópico de las hemorragias intraluminales postoperatorias el uso de endoclips asociado o no a inyección de adrenalina, así como minimizar la insuflación de gas, y evitar la inyección de fármacos esclerosantes y el electrocauterio de la línea de grapado, disminuye la probabilidad de complicaciones (7). En general, en la medida de lo posible, debemos identificar correctamente al paciente de alto riesgo quirúrgico e individualizar y adaptar los recursos terapéuticos a cada situación.

Bibliografía

1. Hess DS, Hess DW. Biliopancreatic diversion with duodenal switch. *Obes Surg* 1998; 8: 267-82.

2. Marceau P, Biron S, Bourque RA et al. Biliopancreatic diversion with a new type of gastrectomy. *Obes Surg* 1993; 3: 29-35.

3. Ren CJ, Patterson E, Gagner M. Early results of laparoscopic biliopancreatic diversion with duodenal switch: a case series of 40 consecutive patients. *Obes Surg* 2000; 10:514-23.

4. Aniceto Baltasar, Carlos Serra, Nieves Pérez, Rafael Bou, Marcelo Bengochea, Lirios Ferri. Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: A Multi-purpose Bariatric Operation. *Obes Surg* 2005; 15: 1124-1128

5. Burgos AM, Braghetto I, Csendes A, et al. Gastric leak after laparoscopic-sleeve gastrectomy for obesity. *Obes Surg*. 2009;19(12):1672-7.

6. Márquez MF, Ayza MF, Lozano RB, et al. Gastric leak after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Obes Surg*. 2010;20(9):1306-11.

7. Kumar N, Thompson C. Endoscopic Management of Complications After Gastrointestinal Weight Loss Surgery. *Clinical gastroenterology and hepatology* 2013;11:343-353

8. Richieri JP, Pol B, Payan MJ. Acute necrotizing ischemic gastritis: clinical, endoscopic and histopathologic aspects. *Gastrointest Endosc* 1998; 48: 210-212.