

MANEJO DE COMPLICACIÓN DE CIRUGÍA BARIÁTRICA Y GESTACIÓN INADVERTIDA

MANAGEMENT OF COMPLICATION OF BARIATRIC SURGERY AND INADVERTED GESTATION

Autores: M^a De Los Angeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco Garcia, Ander Bengoechea Trujillo, Mercedes Fornell Ariza, Francisco Javier Vilchez Lopez, Claudio Rodriguez Ramos, Isabel Mateo Gavira, Manuel Aguilar Diosdado

Hospital universitario puerta del Mar de Cadiz

Resumen: La obesidad mórbida se relaciona con trastornos de la fertilidad y el incremento de abortos. Es frecuente tras la pérdida ponderal recuperar la fertilidad, pero se recomienda esperar 18 meses para la gestación tras la cirugía bariátrica. La gastrectomía vertical es una técnica en auge en el momento actual para el tratamiento de la obesidad con buenos resultados, pero no exenta de complicaciones, siendo la más temida la fuga. Presentamos el caso de una gestación inadvertida en el postoperatorio complicado con una fuga de una paciente intervenida mediante gastrectomía vertical por obesidad mórbida.

Palabras Clave: Gastrectomía vertical, Obesidad mórbida, gestación, Fuga.

Abstract: Morbid obesity is related to fertility disorders and increased abortions. It is frequent after weight loss to recover fertility, but it is recommended to wait 18 months for pregnancy after bariatric surgery. Sleeve gastrectomy is a technique that is currently booming for the treatment of obesity with good results, but not without complications, the most feared being the leak. We present the case of an inadvertent gestation in the complicated postoperative period with a leak of a patient undergoing sleeve gastrectomy for morbid obesity.

Keywords: Sleeve gastrectomy, Morbid obesity, gestation, Leakage.

Introducción

La cirugía bariátrica, es hoy en día un tratamiento eficaz y seguro para el tratamiento de la obesidad mórbida. Muchas de estas intervenciones se realizan en mujeres en edad fértil (1).

Las bajas tasas de concepción y el alto riesgo de complicaciones del embarazo relacionadas con la obesidad mórbida han llevado a las mujeres en edad reproductiva a buscar intervenciones efectivas para perder peso (2-4). Es frecuente tras la pérdida ponderal recuperar la fertilidad, pero se recomienda esperar 18 meses para la gestación tras la cirugía bariátrica (5).

Existen pocos datos sobre las complicaciones obstétricas y neonatales de las mujeres obesas que se han sometido a Gastrectomía vertical (6), no obstante está técnica quirúrgica es un procedimiento bariátrico seguro y efectivo para el tratamiento de la obesidad mórbida (7).

Presentamos el caso de una gestación inadvertida en el postoperatorio complicado con una fuga de una paciente intervenida mediante gastrectomía vertical por obesidad mórbida.

Caso Clínico

Se trata de una paciente de 37 años de edad, sin antecedentes familiares de obesidad y sin comorbilidades, con síndrome de ovario poliquístico y obesidad mórbida (IMC 44,8). Tras ser valorada en comité multidisciplinar, se decide según protocolo realizar gastrectomía vertical laparoscópica según técnica habitual tutorizada con sonda de Fouchet de 34 frenchs con Endograpadora de 60 mm protegida con Seamguar, sin incidencias (Figura nº 1). La paciente inicia tolerancia oral a las 24 horas y al 3º día Postoperatorio es dada de alta. Acude a revisión a los 20 días presentando vómitos y febrícula, por lo que se realiza TAC abdominal que evidencia fuga, sin repercusión hemodinámica (Figura nº2.), se realiza también estudio gástrroduodenal con gastrografín que confirma los hallazgos del TAC (Figura nº 3).

Ante la estabilidad hemodinámica de la paciente se decide realizar manejo conservador y a las 24 horas se coloca endoprótesis mediante endoscopia, así como Sonda de nutrición nasoyeyunal y se realiza drenaje percutáneo de la colección intraabdominal adyacente a la fuga por ecografía. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta a los 20 días de la cirugía con nutrición enteral por sonda. A las 8 semanas se retira la prótesis y la sonda nasoyeyunal, inicia tolerancia oral y se realiza estudio gastroduodenal en que no se evidencia la fuga. Acude a revisión a los 6 meses de la cirugía para control radiológico de la fuga y nos indica que no ha perdido nada de peso desde el último ingreso. Se solicita nuevo Estudio gastroduodenal en el que el radiólogo evidencia la presencia de imagen sugestiva de gestación avanzada por lo que se suspende la prueba (Figura nº 4). Se remite a ginecología y se verifica una gestación de 24 semanas de gestación por ecografía (Figura nº 4). La paciente es seguida conjuntamente por endocrinología, ginecología y cirugía verificando que la gestación transcurre sin complicaciones. La paciente presenta parto eutócico a las 40 semanas de niña sana con un peso de 3.500gr sin incidencias, ni complicaciones materno-fetales. Tras finalizar la gestación la paciente ha presentado adecuada pérdida ponderal y tolerancia oral. (Figura nº 5) En el seguimiento se realiza la estudio endoscópico y baritado en los que no hay evidencia de fugas y la gastroplastia no presenta alteraciones ni complicaciones.

Discusión

El tratamiento más efectivo en el momento actual para la obesidad mórbida es la cirugía bariátrica, Dentro de las técnicas quirúrgicas está en auge la Gastrectomía vertical, por su relativa facilidad y buenos resultados (7).

Es conocido que la obesidad mórbida se relaciona con la anovulación y la infertilidad, y que la pérdida de peso resuelve este hecho favoreciendo la gestación (8).

En el meta-análisis de Xiao-yan y col (9) se concluye que la cirugía bariátrica reduce la probabilidad de complicaciones materno-fetales entre las mujeres que han sido intervenidas, de manera que las mujeres obesas que quedaron embarazadas después de cirugía bariátrica, tenían un menor riesgo de presentar diabetes mellitus gestacional, trastornos hipertensivos y macrosomía fetal. Sin embargo, el riesgo de recién nacidos con bajo peso se incrementó después de cirugía bariátrica. Por lo tanto, las mujeres que se han sometido a cirugía bariátrica y posteriormente quedan embarazadas necesitan recibir suplementos adecuados y su estado

nutricional debe ser controlado de cerca para prevenir la restricción del crecimiento fetal.(9)

Un estudio observacional retrospectivo de 168 embarazos en 112 mujeres que se sometieron a cirugía bariátrica en 10 hospitales terciarios en España durante un periodo de 15 años mostró que los resultados del embarazo fueron razonablemente buenos y mejores después de las técnicas restrictivas, incluido LSG (30 embarazos en 22 pacientes) que después de los procedimientos de malabsorción (p. ej., RYGB, derivación biliopancreática) (6). Además, la gastrectomía vertical causa menos deficiencias (de vitaminas y hierro) que el bypass gástrico y las técnicas malabsortivas, y además son más fácilmente solucionables [10,11].

En nuestro caso la presencia de una complicación postoperatoria hizo que la gestación pasara inadvertida para la paciente hasta el 6to mes de la cirugía y se evidenció por la ausencia de pérdida de peso sin otra sintomatología. A pesar de presentar una gestación antes de los 18 meses recomendados y no estabilizar el peso, los resultados en cuanto a complicaciones materno-fetales durante la gestación y la pérdida ponderal fueron adecuados.

En conclusión los resultados del embarazo tras cirugía bariátrica son mejores que en las pacientes obesas no intervenidas de obesidad. El embarazo tras CB debe considerarse de alto riesgo y requiere un seguimiento estrecho multidisciplinar en Unidades de Cirugía, Obstetricia y Nutrición. Es importante la planificación de estas gestaciones y mantener anticoncepción al menos 18 meses tras la CB y esperar a que la pérdida de peso se establezca y se corrijan las deficiencias nutricionales (12),

A pesar de ello hay que tener siempre presente la posibilidad de la gestación inadvertida y planificar la posibilidad de gestación a partir de los 18 meses de la cirugía bariátrica y realizar un seguimiento multidisciplinar de estas pacientes.

Bibliografía

1. Maggard MA, Yermilov I, Li Z, et al. Pregnancy and fertility following bariatric surgery: a systematic review. *JAMA* 2008;300 (19):2286.
2. Gloy VL, Briel M, Bhatt DL, Kashyap SR, Schauer PR, Mingrone G, et al. Bariatric surgery versus non-surgical treatment for obesity: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2013;347:f5934.
3. Maggard MA, Yermilov I, Li Z, Maglione M, Newberry S, Suttorp M, et al. Pregnancy

and fertility following bariatric surgery: a systematic review. *JAMA* 2008;300(19): 2286–96.

4. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee opinion no. 549: obesity in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2013;121(1):213–7.
5. Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutritional, Meta- bolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient. [homepage on the Internet]. Gainesville: The American Society for Metabolic and Bariatric Surgery; 2017. [updated March 2013]. Available from: <https://asmbs.org/resources/clinical-practice-guidelines-for-the-perioperative-nutritional-metabolic-and-nonsurgical-support-of-the-bariatric-surgery-patient>. Accessed March 21, 2016.
6. González I, Rubio MA, Cordido F, Bretón I, Morales MJ, Vilarrasa N, et al. Maternal and perinatal outcomes after bariatric surgery: a Spanish multicenter study. *Obes Surg* 2015;25(3):436–42.
7. Diamantis T, Apostolou KG, Alexandrou A, Griniatsos J, Felekouras E, Tsigris C. Review of long-term weight loss results after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis* 2014;10(1):177–83.
8. Musella M, Milone M, Bellini M, Sosa Fernandez LM, Leongito M, Milone F. Effect of bariatric surgery on obesity-related infertility. *Surg Obes Relat Dis* 2012;8(4):445–9.
9. Xiao-yan Yi, Qi-fu Li, Jun Zhang. Zhi-hong Wang. A meta-analysis of maternal and fetal outcomes of pregnancy after bariatric surgery. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 130 (2015) 3–9.
10. Mead NC, Sakkatos P, Sakellaropoulos GC, Adonakis GL, Alexandrides TK, Kalfarentzos F. Pregnancy outcomes and nutritional indices after 3 types of bariatric surgery performed at a single institution. *Surg Obes Relat Dis* 2014;10(6): 1166–73.
11. Gehrer S, Kern B, Peters T, Christoffel-Courtin C, Peterli R. Fewer nutrient deficiencies after laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) than after laparoscopic Roux-Y-gastric bypass (LRYGB)—a prospective study. *Obes Surg* 2010;20(4):447–53
12. Karmon A, Sheiner E. Timing of gestation after bariatric surgery: should women delay

pregnancy for at least 1 postoperative year? *Am J Perinatol* 2008;25(6): 331–3.

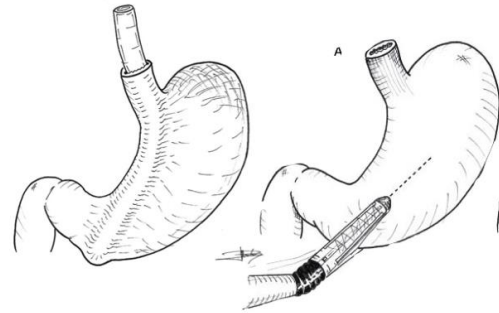


Figura n° 1 : Detalle de la técnica quirúrgica. Elaboración Propia.



Figura n° 2: Imagen de TAC abdominal que identifica burbuja aérea adyacente a sutura mecánica sugestiva de fuga de gastrectomía vertical.



Figura n°3: Imagen de Estudio gastroduodenal con gastrografía, que evidencia la presencia de extravasación del contraste confirmando la fuga.

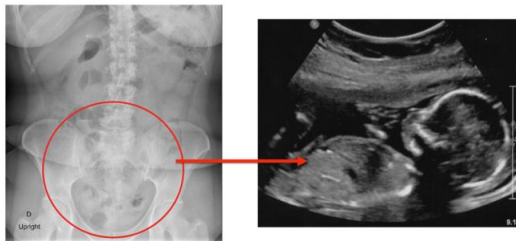


Figura n° 4: Radiografía de abdomen previa al estudio gastroduodenal y ecografía abdominal que confirman la gestación de 24 semanas de la paciente.



Figura n°5: Imágenes cedidas por la paciente que muestran la evolución de su proceso.