

Megaesófago secundario a gastrectomía vertical volvulada

Megaesophagus after twist of sleeve gastrectomy

María Díez Tabernilla, Carlos Díaz Lara, Inmaculada Oller Navarro, María Del Mar Aguilar Martínez, Antonio Arroyo Sebastián

Resumen: La Gastrectomía Vertical Laparoscópica es una técnica restrictiva para el tratamiento de la obesidad mórbida que presenta una baja morbilidad y buenos resultados en cuanto a pérdida de peso y resolución de comorbilidades. Una de las complicaciones más frecuente es la estenosis de la manga gástrica. Sin embargo es menos habitual encontrar estenosis funcionales secundarias a un Twist o volvulación de la tubuladura entre el cuerpo y el antro. Esta estenosis, si no es detectada y tratada a tiempo puede ocasionar dificultad de vaciamiento del esófago al estómago, y secundariamente una dilatación del esófago o megaesófago. Los tratamientos endoscópicos presentan buenos resultados en el tratamiento de estenosis cortas y de poco tiempo de evolución, bien mediante la dilatación con balón, bien mediante stent autoexpandibles. Pero aquellas estenosis de mayor longitud o refractarias pueden condicionar una conversión a un by-pass gástrico para solucionar esta estenosis.

Palabras Clave: Gastrectomía vertical, megaesófago, volvulación vertical gastrectomía vertical.

Abstract: Sleeve Gastrectomy is a restrictive technique for the treatment of morbid obesity that entails a low morbidity and good results in terms of weight loss and resolution of comorbidities. One of the most frequent complications is the sleeve stenosis. However, it is uncommon to find functional stenosis secondary to a Twist or volvulation of the tubulature between the body and the antrum. This stenosis, if not detected and treated early, can cause difficulty in emptying the esophagus to the stomach, and secondarily a dilation of the esophagus or megaesophagus. Endoscopic treatments have good results in the treatment of short strictures with a not chronic evolution, either by balloon dilation or by self-expanding stents. But those stenosis of greater length or refractory may need conversion to a gastric by-pass to solve this stenosis.

Keywords: Sleeve gastrectomy, sleeve gastrectomy twist, megaesophagus.

Introducción

La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) es una técnica restrictiva de cirugía bariátrica. En los últimos años se ha convertido en un procedimiento cada vez más popular debido a su aparente simplicidad, resolución de comorbilidades y resultado en cuanto a pérdida de peso (1). En cualquier caso, la GVL puede presentar complicaciones como son las fugas, sangrado, el trauma esplénico, la estenosis y el reflujo gastroesofágico (2).

El vólvulo gástrico es una complicación poco frecuente que implica la rotación de la totalidad o parte del estómago alrededor de un eje anatómico (2). El "Twist" o volvulación de la tubuladura entre el cuerpo y el antro puede causar una estenosis funcional y dificultar el vaciamiento gástrico. Si esta obstrucción no se detecta y se trata de forma adecuada, puede originar una dilatación esofágica,

con aparición de fenómenos como esofagitis, regurgitación y vómitos.

Caso clínico

Varón de 63 años que acude a consulta por presentar dolor dorso lumbar y vómitos ocasionales. Como antecedente, había sido intervenido tres años y medio antes por obesidad mórbida realizándose gastrectomía vertical laparoscópica tutorizada con sonda de Foucher 40 Fr. Durante el seguimiento postoperatorio en consultas se observó presencia de vómitos y disfagia por lo que se realizó un tránsito gastrointestinal en el que se observó dificultad de paso en unión esofagogástrica en probable relación con edema postquirúrgico. El paciente mejoró con medidas higiénico dietéticas y los síntomas disminuyeron durante el seguimiento.

3 años más tarde, acude a consultas de traumatología por dolor dorso lumbar, refiriendo además presencia de vómitos ocasionales.

Al realizarse tránsito baritado se observó imagen de estenosis postquirúrgica de plastia con marcada retención y dilatación esofágica (figura 1). Solo en bipedestación se consiguió el paso de forma muy lenta a través de píloro, con estenosis de la salida del neoestómago que permitía el paso de forma lenta y dificultosa (figura 2).



Figura 1



Figura 2

En el estudio endoscópico se observó un esófago dilatado desde tercio superior con edema de la pared importante en tercios medio y distal, con dilatación de la luz, compatible con esofagitis por estasis o retención alimentaria (figura 3), y un área sugestiva de twisting gástrico, sin áreas de estenosis fibrótica, que permitía el paso del endoscopio (figura 4).

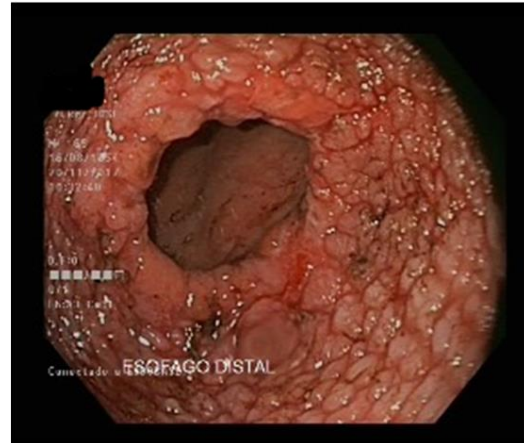


Figura 3

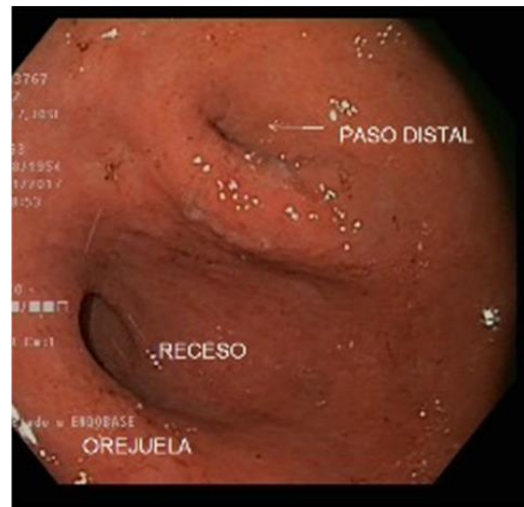


Figura 4

Con diagnóstico de megaesófago asociado a twisting gástrico se decide reconvertir la gastrectomía vertical en un by-pass gástrico vía laparoscópica. Durante la intervención se realizó además la resección de la plastia desde zona preestenónica y hasta zona postpilórica.

Discusión

Se han descrito varias causas de estenosis funcional postgastrectomía vertical: una de ellas es un twist o volvulación de la tubuladura entre el cuerpo y el antro que se comporta como un esfínter y evita el

estómago se vacíe con eficacia. En otros casos se debe a un curso espiral de la toda la línea de grapado alrededor del estómago (3), La GVL deja al estómago sin su fijación natural a nivel de la curvatura mayor, lo que puede predisponer al vólvulo (2)

Un Twist causado por una rotación progresiva de la línea de la grapa en un plano posterior puede conducir a un estrechamiento funcional a pesar de que el diámetro luminal sea normal, y puede causar una estenosis sintomática. Esta estenosis funcional dificulta el paso del contenido gástrico, a pesar de que pueda permitir el paso de un endoscopio o de un balón dilatador a través del área de estenosis (4)

Esta obstrucción crónica del vaciamiento gástrico puede originar una dilatación esofágica, con aparición de fenómenos como esofagitis, regurgitación y vómitos

El manejo terapéutico de la estenosis postgastrectomía ofrece varios abordajes. En caso de estenosis de menor longitud, está indicado en un inicio el tratamiento endoscópico, mediante dilatación endoscópica (5). Aquellos casos en los que no respondan a este tratamiento, o se trate de estenosis más largas, se puede optar por el tratamiento con balón de acalasia de 30mm acompañado del uso de un stent autoexpandible (6). También se han descrito casos en que la vía endoscópica, mediante la colocación de un stent autoexpandible puede ser eficaz en el tratamiento del Twist gástrico después de GVL (7).

Sin embargo, los buenos resultados de las técnicas endoscópicas se describen en series de casos con estenosis de poco tiempo de evolución, en las que las dilataciones se iniciaron a los 48,8 (5) y 69,8 (7) días de media después de la GVL. Otras series que recogen casos de estenosis crónicas, en este caso de anastomosis tras by-pass gástrico y derivación biliopancreática con cruce duodenal (8), con una media de 386 días entre la cirugía y el inicio del tratamiento endoscópico de las mismas, con pobres resultados respecto a resolución de la misma.

Aquellas estenosis que no responden al tratamiento endoscópico puede requerir la conversión de la GVL en un by pass gástrico con reconstrucción en Y de Roux. (5,9)

En el caso de nuestro paciente, la longitud de la estenosis, el largo tiempo de evolución y la presencia de un megaesófago secundario con esofagitis por estasis como complicación de dicha estenosis, nos hicieron optar por la conversión a by-pass gástrico como tratamiento del twist.

El megaesófago es una dilatación patológica del esófago que asocia una disminución de la peristalsis. Generalmente es un proceso orgánico secundario a la dificultad de vaciamiento del esófago al estómago. Frecuentemente asocia síntomas como son la regurgitación, la pérdida de peso, la tos y la halitosis. Puede producirse por estenosis del esófago (tumoral, estenosis cicatricial por reflujo gastroesofágico, etc.), pero la causa más frecuente es la acalasia de esófago. En nuestro paciente, la estenosis causada por twist gástrico, la dificultad de vaciamiento del esófago al estómago y probablemente, la cronicidad de esta circunstancia, provocó una importante dilatación retrógrada del esófago hasta el tercio superior del mismo, debutando con dolor costal por ocupación de espacio y compresión de estructuras adyacentes y con regurgitación y vómitos de restos alimentarios no digeridos.

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. Del Castillo Déjardin D, Sabench Pereferrer F, Hernández González M, Blanco Blasco S, Cabrera Vilanova A. Gastric volvulus after sleeve gastrectomy for morbid obesity. *Surgery* 2013; 153: 431-433 doi: 10.1016/j.surg.2011.12.023
3. García García ML, Lirón Ruiz R, Torralba Martínez JA, Martín Lorenzo JG, Aguayo Albasini JL. Volvulación o Twist Gástrico del Sleeve Gástrico Laparoscópico. Reconversión a Bypass Gástrico en Y de Roux. *Cir Esp* 2015; 93: 95
4. Subhas G, Gupta A, Sabir M, Mittal VK. Gastric remnant twist in the immediate post-operative period following laparoscopic sleeve gastrectomy. *World J Gastrointest Surg* 2015; 27: 7(11): 345-348 doi: 10.4240/wjgs.v7.i11.345.
5. Parikh A, Alley JB, Peterson RM, et al. Management options for symptomatic stenosis after laparoscopic vertical sleeve gastrectomy in the morbidly obese. *Surg Endosc.* 2012;26(3):738-46 doi: 10.1007/s00464-011-1945-1. Epub 2011 Nov 2.
6. Ogra R, Kini GP. Evolving endoscopic management options for symptomatic stenosis post-laparoscopic sleeve gastrectomy for morbid obesity: experience at a large bariatric surgery unit in New Zealand. *Obes Surg.* 2015;25(2):242-8 doi: 10.1007/s11695-014-1383-y.

7. Abd Ellatif ME, Abbas A, El Nakeeb A et al. Management Options for Twisted Gastric Tube after Laparoscopic Sleeve Gastrectomy. *Obes Surg.* 2017 ;27(9):2404-2409 doi: 10.1007/s11695-017-2649-y.
8. Puig CA, Waked TM, Baron TH Sr, Wong Kee Song LM, Gutierrez J, Sarr MG. The role of endoscopic stents in the management of chronic anastomotic and staple line leaks and chronic strictures after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2014;10(4):613-7 doi: 10.1016/j.soard.2013.12.018. Epub 2014 Jan 11.
9. Abdemur A, Han SM, Lo Menzo E, Szomstein S, Rosenthal R. Reasons and outcomes of conversion of laparoscopic sleeve gastrectomy to Roux-en-Y gastric bypass for nonresponders. *Surg Obes Relat Dis.* 2016;12(1):113-8 doi: 10.1016/j.soard.2015.04.005.

Figura 1. Megaesófago.

Figura 2. Twist Gástrico.

Figura 3. Esófago distal dilatado con esofagitis.

Figura 4. Estenosis fibrótica que permite el paso del endoscopio.