

Fuga gástrica tarde após gastrectomia vertical e suas sérias conseqüências

. Bou ^{1,3}, N. Pérez ¹, M. Bengochea ³, C. Serra ², A. Baltasar ³

Hospital “Virgen de los Lirios” y Clínica San Jorge. Alcoy. Alicante. España

¹ FEA de Cirugía General. ² Jefe de Servicio. ³ Clínica San Jorge

Presentado en Conferencia del “Curso de “Complicaciones de la Gastrectomía Vertical”

en el XV Congreso Mundial de Obesidad IFSO 2010, Long Beach, Ca, el 4.09.2010.

✉ Rafael Bou. San Nicolás 93. Tel. 34-965.546.056 / 965.330.400. rboup@terra.es / raboup@coma.es

Recibido 2011.01.10. Aceptado 2011.02.27

Resumen:

La Gastrectomía Vertical Laparoscópica (GVL) es la última técnica aceptada en la Cirugía Bariátrica o de la obesidad. Siendo una de las técnicas más sencillas, está penada con una fistula grave a nivel de la unión gastroesofágica (UGE), que suele ser muy temprana (antes de la segunda semana). Las fugas tardías son rarísimas. El objetivo es presentar dos casos clínicos de fugas muy tardías y las complejas terapéuticas que se utilizaron en su tratamiento. Material y métodos: Dos pacientes sufrieron una fuga en la UGE. Una de ellos tras una re-gastrectomía, a los 10 meses de la intervención. El segundo a los 2 años presentó un absceso abdominal y necesitó múltiples intervenciones. Resultados: La primera paciente necesitó una gastrectomía total para su resolución. El segundo paciente necesitó 7 laparotomías y falleció por hemorragia de su patología intestinal primaria. Conclusiones: Las fistulas de la UGE tras la GVL suelen ser tempranas y la mayoría curan con tratamientos conservadores. Las fugas tardías es raro que cierren de forma conservadora y a veces necesitan para su tratamiento de técnicas muy complejas.

Palavras chaves: Gastrectomía vertical; Fuga gástrica; Laparotomías múltiples; Isquemia intestinal, Necrosis intestinal

Introducción:

La Gastrectomía Vertical Laparoscópica (GVL) es la técnica actualmente más reciente y popular, con el número de pacientes tratados en ascenso, para el tratamiento de la Obesidad Mórbida. La fuga de la unión esófago gástrica (UEG) es la complicación temprana más grave. Las fugas tardías son muy raras y los tratamientos conservadores suelen fallar.

Casos clínicos:

1.- Mujer de 35 años tratada en 1992 por obesidad mórbida con IMC-65 y a la que se le realizó un Cruce Duodenal abierto sin incidentes. La evolución fue excelente llegando a los 3 años a un IMC-29, siendo su porcentaje de pérdida del exceso de IMC superior al 96%. Siete años más tarde se la evaluó para hacer cirugía de rescate con IMC-36. El tubo gástrico había sufrido una importante dilatación y fue

sometida a una re-gastrectomía (re-sleeve) por laparoscopia (Fig. 1).

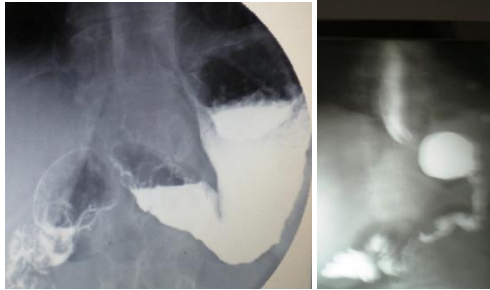


Fig. 1. Radiografía. Pre y post re-gastrectomía

El postoperatorio cursó sin incidentes. Diez meses más tarde, con IMC-26 comienza con fiebre, escalofríos y malestar general y se diagnostica una colección subfrénica que se drenó de forma repetida, pero con tendencia a la recidiva. No se identificaron fugas en el estudio radiológico, pero si por endoscopia. El tratamiento conservador, stent gástrico y sutura endoluminal de la fuga con Stomafix no tuvieron éxito. Finalmente se la realizó una Gastrectomía total y actualmente está sintomática con un IMC-34.

2.-Varón de 65 años operado en febrero de 2008 con un IMC de 40 y múltiples comorbilidades (hipertenso, diabético, EPOC con CPAC, Flutter auricular, cardiopatía hipertensiva, tabaquismo, etc.). La operación de GVL y el postoperatorio transcurrieron sin incidentes. El IMC a los 12, 18, y 24 meses era de 25, 22 y 19, respectivamente. Todas las comorbilidades (la apnea sin utilizar CPAC, la diabetes y la hipertensión) estaban curadas a los dos años, y su peso había bajado de 104 Kg, a 50 Kg.

A los 2 años aparece súbitamente un cuadro de dolor inguinal bilateral y molestias urinarias (disuria) y se inicia un proceso febril con dolor de hombro izquierdo y se le diagnostica colección subfrénica izquierda.



Fig. 2 Absceso subfrénico Fig. 3. Fistulografía rellenando el muñón gástrico

Por técnica percutánea se coloca un drenaje. Los tratamientos conservadores incluyendo nutrición enteral prolongada, selladores, stents (en dos ocasiones), etc. fracasan. Una fistulografía por el drenaje identifica el paso de contraste al estómago (Fig. 3). Sin embargo, nunca se llegó a demostrar la fuga mediante contraste oral. Al mes del ingreso el paciente sufre episodios de accidentes vasculares cerebrales transitorios y se le hace una angiografía que identifica estenosis de ambas carótidas, más severa en el lado derecho y la angiografía abdominal, aunque sin estar el árbol sano (aneurisma de 3.5 cm infra renal), no descubre otra patología vascular visceral grave. Se le pone por vía percutánea un stent carotideo en el lado derecho.

Laparotomía 1.- LT1.- A los 4 meses de llevar el drenaje abdominal, sin resolución de la fuga, se realiza por una laparotomía transversa supra umbilical una derivación interna a un asa de Y-de-Roux 1,2 de 60 cm sin incidentes.

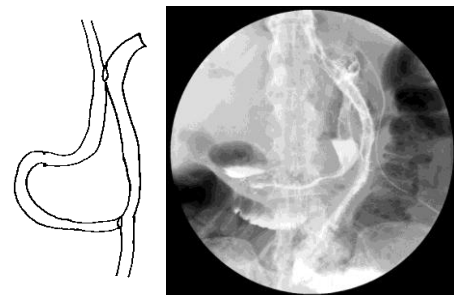


Fig. 4. Cortocircuito en Y-de-Roux para tratar la fistula gástrica.

LT2.-A los 4 días y con síntomas de peritonitis se hace una re-laparotomía y se observa una necrosis intestinal masiva. Se reseca todo el intestino necrosado conservando solamente 20 cm del asa Y-de-Roux aboral, 60 cm de yeyuno proximal y 35 cm de íleo distal, en total 115 cm de intestino y se dejan 3 ostomías de cada una de éstas asas.

LT3.- Se explora el abdomen 3 días más tarde y se comprueba buen estado del abdomen, sin colecciones patológicas y el de las asas intestinales.



Fig. 5. Ostomías múltiples

LT4.- Se re-opera a los 28 días y se re-anastomosa el intestino, yeyuno-ileal T-T, y la parte distal de la Y-de-Roux al yeyuno proximal dejando la Y-de-Roux conectada al estómago y colecistectomía por necrosis gangrenosa.

LT5.- A las 24 horas sufre una fuga anastomótica en la conexión yeyuno-ileal en su borde mesentérico, se re-opera, y se rehace una anastomosis L-L. Se evidencia una íleon terminal muy espástico que se dilata con sonda intraluminal y glucagón y se recupera su plasticidad.

LT6.- Al día siguiente se vuelve a intervenir drenaje de contenido gástrico y se evidencia nueva fuga pero ahora en la parte proximal del asa de Y-de-Roux, en la anastomosis a la fuga gástrica original reparada. Se deshace el bypass, haciendo una re-gastrectomía vertical en el reservorio gástrico y se anastomosa dicho asa proximal de la Y-de-Roux al yeyuno proximal T-L en forma de cortocircuito en omega (Fig. 6).

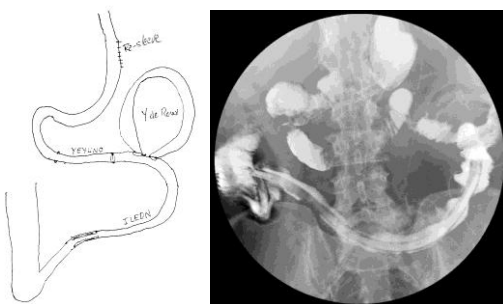


Fig. 6.-Asas cortas intestinales y en Omega

Durante ésta intervención se detecta úlcera péptica en incisura angularis y además existe una zona > 10 cm en íleon distal filiforme, estenosada y casi sin luz, que probablemente es la causa de obstrucción y de todas las fugas previas.



Fig. 7. Asa ileal distal estenosada

Al tener un intestino tan corto se trata de ser conservador y en vez de resacar (estenosis isquémica) se realiza una apendicetomía y pase de un tubo biliar en T de Kehr tanto en el asa proximal a través de la zona estenótica (con técnica de Seldinger porque la estenosis es extrema) y al ciego para mantener el paso intestinal. Refuerzo de todas las anastomosis con un sellante quirúrgico tisular (Blue Gran II). El paciente sobrevive, la herida cierra bien y tolera la ingesta

LT7.- El paciente inicia rectorragias cada vez más profundas, sin que la endoscopia aboral encuentre patología gástrica. Requiere una re-laparotomía 20 días después, para reponer el tubo en T que se había salido accidentalmente y causaba de nuevo obstrucción ileal, y se evidencia la imposibilidad de una resección de la zona estrecha producida por isquemia intestinal y las múltiples adherencias. Las hemorragias intestinales continúan en planta y se reponen en días alternos 2 unidades de sangre hasta que hace un fracaso de coagulación y luego multiorgánico que le lleva al éxitus 2.5 meses después de la primera LT y 12 días después de la última sin que aparezcan más problemas intra-abdominales.

Discusión:

Desde la primeras presentaciones de la GVL 1, 2 la técnica es utilizada con gran éxito como técnica aislada para el tratamiento de los pacientes obesos mórbidos; y en estadios como primer tiempo de un cruce duodenal en los súperobesos. La complicación más grave y temida es la fuga a nivel de la unión esófago-gástrica, que generalmente es temprana, en los 10 primeros días de la intervención, y raramente tardía.

Los cirujanos que realizamos de forma rutinaria el cruce duodenal hemos sufrido esta “extraña” complicación que raramente había sido publicada 3. Pero con la popularización

de la GVL aislada, la fistula a nivel de la UEG es la complicación más frecuente y grave, y se han descrito las diferentes formas de tratarla 4-8 de forma conservadora, materias sellantes, stent[9], etc.

Burgos ⁴ ha descrito dos formas de fuga: Tipo I o subclínica, que corresponde a fuga local, sin descarga de contenido importante o diseminación y con trayecto fistuloso a pleura, cavidad abdominal o salida por drenaje y Tipo II, que corresponde a una gran diseminación a pleura y abdomen y que produce peritonitis. La localización de la fuga debe hacerse, a ser posible, desde el momento de su diagnóstico hasta el cierre y debe quedar reflejado de forma detallada en la historia clínica. Las formas tipo I se cierran generalmente con buen drenaje y nutrición en menos de 41 días. Las formas tipo II pueden necesitar de intervención, drenajes, stents, etc. En ocasiones es necesario, cuando se transforman en fistulas crónicas, una derivación tipo Y-de-Roux (Fig. 4 dibujo) o incluso una gastrectomía total ¹⁰.

Las causas de ésta fuga son múltiples, pero está relacionada con un aumento de la presión intragástrica por una baja compliance debida a la estrechez de un tubo muy largo (>35 cm) [11]

Lo más extraño es la presentación tardía de la fuga. La primera de nuestras pacientes sufrió una fuga a los 10 meses después una re-gastrectomía tras un cruce duodenal, y fue tratada con una gastrectomía total, a pesar de utilizar stent previo o suturarla internamente con Stomafix.

El segundo caso es de una ocurrencia muy tardía, porque aparece 2 años después de una operación sin incidentes. No tenemos noticias de otro ningún otro caso grave semejante y hay que sospechar una relación con la estenosis intestinal y episodios de obstrucción intestinal debidos a isquemia mesentérica, pues la repetición de las fugas en cada una de las LT no podía ser atribuible a un defecto técnico, sino relacionado con la patología vascular del paciente, y cuyas hemorragias y transfusiones le llevaron al éxitus.

Conclusiones:

Las más extrañas complicaciones pueden derivarse de la GVL. Las terapias conservadoras no suelen dar éxito. Un bypass gástrico al orificio de la fuga es la terapéutica

quirúrgica más conservadora y resolutive 7-9. Las fuga tardías, a los 10 meses y dos años, han ido acompañadas de alta morbilidad y la necesidad de terapéuticas quirúrgicas radicales y complejas.

Bibliografía:

1. Regan J, Inabnet W, Gagner M, Pomp A. Early Experience with Two-Stage Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass as an Alternative in the Super-Super Obese Patient
2. Baltasar A; Serra C, Pérez N, Bou R, Bengochea M, Ferri F.: Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: A Multi-purpose Bariatric Operation Obesity Surgery, 15, 1124-1128
3. Baltasar A, Pérez N, Bou R, et al. Wall stent prosthesis for severe leak and obstruction of the Duodenal Switch gastric tube. P29. IFSO meeting. Genoa. 2000. *Obes Surg* 10.
4. Burgos AM, Braghetto I, Csendes A, Maluenda F, Korn O, Yarmuch J, Gutiérrez J.: Gastric Leak After Laparoscopic-Sleeve Gastrectomy for Obesity *OBES SURG* (2009) 19:1672-1677
5. Braghetto I.: Scintigraphic Evaluation of Gastric Emptying in Obese Patients Submitted to Sleeve Gastrectomy Compared to Normal Subjects. *OBES SURG*. DOI 10.1007/s11695-010-0085-3
6. Baltasar A, Bou R, Bengochea M, Serra C, Cipagauta L: Use of a Roux Limb to Correct Esophagogastric Junction Fistulas after Sleeve Gastrectomy. *Obesity Surgery*, 17, 1408-1410
7. Baltasar A, Serra C, Bengochea M, Bou R.: Utilización del asa en Y-de-Roux en las fistulas de la gastrectomía tubular. *Bariátrica & Metabólica*. 3: 16-19
8. Baltasar A, Serra C, Bengochea M, Bou B, Andreo L.: Use of Roux limb as remedial surgery for sleeve gastrectomy fistulas. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 4 (2008) 759-763
9. Serra C, Baltasar A, Andreo L, Pérez N, Bou R, Bengochea M, Chisbert JJ.: Treatment of Gastric Leaks with Coated Self- Expanding Stents after Sleeve Gastrectomy. *Obesity Surgery*, 17, 866-872

10. Serra C, Baltasar A, Pérez N, Bou R, Bengochea M.:
Total Gastrectomy for Complications of the
Duodenal Switch, with Reversal. Obesity Surgery,
16, 1082-1086

11. Yehoshua R, Rubin M, et al.: Laparoscopic Sleeve
Gastrectomy – Volume and Pressure assessment.
Obes Surg. 2008; 18:1083-88

