



# Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas A.C.

XIII Congreso Nacional de Cirugía de la Obesidad y Enfermedades Metabólicas. Trabajos libres 2011, [www.cmcoem.org](http://www.cmcoem.org)  
Ensenada, Baja California Norte.

## 1. Revisión laparoscopia de Funduplicatura tipo Nissen en DGYR en una paciente con Obesidad Mórbida

**Antonio G. Spaventa Ibarrola**, Arturo Rodriguez Gonzalez. ✉ [a.spaventa@gmail.com](mailto:a.spaventa@gmail.com). **Teléfono:** (55)16647262

**INTRODUCCION:** La enfermedad por reflujo gastroesofágico (**ERGE**) tiene una prevalencia alta en pacientes con obesidad mórbida, al menos el 55% de los pacientes candidatos a Derivación gástrica (**DG**) tienen síntomas de ERGE. Un buen porcentaje de estos pacientes están operados de funduplicatura. El propósito del trabajo es presentar un video de una paciente con funduplicatura tipo Nissen por laparoscopia previa y que se convirtió a DG por obesidad mórbida. **METODOS Y PROCEDIMIENTOS:** Mujer de 52 años, IMC-40 con el antecedente de cirugía previa antirreflujo por laparoscopia hace 12 años por ERGE. La endoscopia mostro una Funduplicatura competente. **RESULTADOS:** Operada por laparoscopia, identificando la funduplicatura la cual tenía múltiples puntos de fijación a ambos

pilares diafragmáticos, se realizó desmantelamiento liberando e identificando el fondo gástrico, se procedió a realizar un reservorio gástrico de unos 50 ml, asa biliopancreatica de 80 cm, asa alimentaria de 150 cm. Tiempo quirúrgico 240 min, hubo una complicación transoperatoria que fue perforación del cuerpo gástrico que se identificó por endoscopia transoperatoria. No hubo complicaciones postoperatorias, egreso hospitalario a las 72 hrs. **CONCLUSIONES:** La cirugía de revisión de funduplicatura a DG es técnicamente muy compleja con mayor índice de complicaciones trans y postoperatorias. La cirugía ideal para los pacientes con obesidad mórbida y ERGE es la DG. Se debe evitar realizar funduplicatura en estos pacientes ya que la reoperación a DG conlleva mayor morbilidad.

## 2. Experiencia en complicaciones de Cirugía Bariátrica. Estudio multicéntrico

**JESUS MONTOYA RAMIREZ**, GAYTÁN FOF, GUTIÉRREZ BG, ÁLVAREZ CR, ORTIZ FM., SÁNCHEZ GF, BARBA MJ, MORALES PJR, RIBERA PR, AGUILAR SOA. Hospital Ángeles Pedregal. ✉ [ganfi@hotmail.com](mailto:ganfi@hotmail.com). 4.4555405746e+011

**Introducción:** Los centros de excelencia para el tratamiento quirúrgico de la obesidad severa reportan un 10% de complicaciones y un rango de mortalidad no mayor al 2%. Los grupos quirúrgicos que persigan la excelencia deben de compararse con estos porcentajes de complicaciones. La curva de aprendizaje no justifica sobrepasar estos rangos. **Objetivo:** Reportar la experiencia en complicaciones en 200 pacientes del CMN "20 de Noviembre" ISSSTE y la Clínica de Control de Peso y tratamiento quirúrgico de la obesidad, Hospital Ángeles del Pedregal. **Material y Métodos:** Experiencia en 200 pacientes con obesidad severa con IMC de 40 a 77 de dos centros Hospitalarios, edad promedio 45 años. 120 mujeres y 80 hombres. Se incluyeron tres procedimientos quirúrgicos. Grupo 1 Banda Gástrica ajustable (**BGA**). Grupo 2 Derivación Gástrica (**DG**). Gastrectomía Vertical (**GVL**). Se incluyeron todas las complicaciones (sangrado

postoperatorio, infección herida, absceso intrabdominal, fístulas, sobre carga de líquidos, trombosis mesentérica). **Resultados:** El porcentaje total de complicaciones fue del 8%. De este total el sangrado postoperatorio represento el 2%, infección de herida 1%, fístula gástrica 3%, trombosis mesentérica 1%, sobrecarga de líquidos 1%, absceso intrabdominal 1%. La mortalidad fue del 1.6%. **Conclusión:** Después de analizar nuestros primeros 200 pacientes de dos centros hospitalarios relacionados, el rango de mortalidad se encuentra dentro de los límites internacionales permitido. Las complicaciones son del 8%; es decir, dentro del rango permitido internacionalmente. El abatir la mortalidad hasta un 1.6% con respecto a nuestros primeros reportes es notable. Es claro que la curva de aprendizaje de todo el equipo multidisciplinario mejora los resultados en el tratamiento de las complicaciones.



**3.- Estudio comparativo enter Derivación gástrica y Gastrectomía Vertical en obesidad extrema y Síndrome metabólico**

**JESUS MONTOYA RAMIREZ**, GAYTÁN FOF, GUTIÉRREZ BG, ÁLVAREZ CR, ORTIZ FM.,  
SÁNCHEZ GF, BARBA MJ, MORALES PJR, RIBERA PR, AGUILAR SOA.

Hospital Ángeles Pedregal. ✉ ganf1@hotmail.com. Tel. 4.4555405746e+011

**Introducción:** El tratamiento quirúrgico más recomendable para la obesidad severa y síndrome metabólico es la derivación gástrica (DG). Nosotros comparamos los resultados del DG en nuestro Hospital y la Gastrectomía Vertical (GV) en pacientes con IMC > 50 y Síndrome Metabólico. **Objetivo:** Estudiar los resultados en dos grupos de pacientes con obesidad extrema IMC > 50 y Síndrome Metabólico. Al grupo **A** se les realizó DGL y el grupo **B** GVL. Se estudian los resultados con respecto a la pérdida de peso y el mejoramiento de sus co-morbilidades a 4 años de seguimiento. **Material y Método:** Se eligieron 80 pacientes con obesidad extrema IMC > 50 y síndrome metabólico. Se dividieron en dos grupos cada grupo de 40 pacientes. El seguimiento es de 48 meses. Se evaluó la pérdida de peso, el mejoramiento de la HAS, Dislipidemia y Diabetes

Mellitus Tipo II. **Resultados:** Los grupos de estudio son similares. Con respecto a la pérdida de peso no hay diferencia significativa. El mejoramiento de la HAS son similares. Con respecto a la dislipidemia es ligeramente mejor en DG. Respecto a la Diabetes Mellitus Tipo II (**DM2**) el tiempo promedio en el mejoramiento con DG es de dos semanas, y 4 semanas con la GV; sin embargo, a los 6 meses son similares. **Conclusión:** En nuestra experiencia, la GVL ofrece resultados muy similares a la DG con respecto al mejoramiento de las co-morbilidades a los 6, 12 y 18 meses. En la pérdida de peso, la GV ofrece una pérdida de peso más rápida. Para nosotros, la GVT es una excelente opción para el tratamiento quirúrgico de la obesidad severa IMC > 50 y el Síndrome metabólico.

**4.- Remodelación de la Gastro-yeyunostomía por úlcera marginal recidivante con repación con malla de hernia hiatal en paciente con Derivación gástrica previa.**

**Ismael Cabrera García**, Kelvin Higa, Keith Boone. ✉ drismaelcabrera@hotmail.com. Tel. 6641575633

Paciente femenina de 43 años la cual tiene antecedentes de una cesárea, apendicectomía, histerectomía, cirugía de ambas rodillas, y operada de derivación Gástrica (DG) el 8-11-10 en donde también se le reparó una hernia hiatal en aquella cirugía. El % de sobrepeso perdido (PSP) fue del 89%, pero empezó con dolor en epigastrio intenso. Se le realizó una endoscopia donde mostró una úlcera marginal de 2 cm se le dio tratamiento médico y cedió, sin embargo vuelve la sintomatología ahora con vómito y dolor: Endoscopia el día 1-28-11 donde se muestra otra úlcera marginal, la paciente había estado fumando y tomando celebrex, se dio tratamiento máximo médico, así como suspensión de celebrex y tabaco, sin embargo la paciente es incapaz de comer o

tomar líquidos. En re cirugía, se realiza sección del segmento donde se encuentra la úlcera marginal, y nueva gastroyeyunoanastomosis manual con puntos separados en 2 planos: En el acto quirúrgico se detecta recidiva de la hernia hiatal la cual también se repara y se le colocan 2 segmentos de malla. Es alta al día siguiente inicia vía oral sin problemas, se da de alta al 2º día posquirúrgico. Video o poster



**5.- Comparación en el manejo de la obesidad entre el balón intragástrico y una dieta hipocalórica supervisada.**

José Luis Beristain Hernández, Martin Edgardo Rojano Rodríguez, Mario Eduardo Torres Olalde, Sergio López Martínez, Mucio Moreno Portillo . ✉ [jlberistain@yahoo.com](mailto:jlberistain@yahoo.com). Tel: (044)55-13-72-61-86

**Introducción:** Se ha usado la colocación de un balón intragástrico por vía endoscópica para el tratamiento a corto plazo de la obesidad mórbida. El objetivo del presente estudio es comparar los resultados del balón contra una dieta hipocalórica.

**Material y métodos:** Se incluyeron de forma prospectiva 47 pacientes con obesidad; de los cuales 20 recibieron manejo dietético con dieta hipocalórica por 6 meses y a 27 se les colocó balón intragástrico por vía endoscópica, desde enero del 2010 hasta diciembre del 2010. Fueron valoradas sexo, edad, peso inicial y final, talla, índice de masa corporal (IMC), inicial y final; Pérdida de **Peso Perdido (PPP)** y porcentaje de sobre peso perdido (**PSP**). **Resultados:** El grupo con dieta fueron incluidos 20 pacientes, con una media de edad de

37.55 años, con peso inicial de 115.81 kg, IMC inicial 41.05, peso final de 101.9 kg, IMC final de 39.09, PPP de 13.85 kg, con un PSP de 22.89%. Los pacientes con balón intragástrico fueron 27, con una media de edad de 34.14 años, un peso inicial de 107.44 kg, IMC inicial de 39.67, con un peso final de 99.34 kg, IMC final de 36.64, con una PP de 8.11 kg, correspondiendo a un PSP del 13.46%. Se usó estadística comparativa con T de Student para variables independientes, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas. **Conclusiones:** el balón intragástrico es una opción terapéutica efectiva, con resultados equiparables al de manejo con dieta supervisada.

**6.- Oclusión Intestinal Secundario a Balón Intragástrico Migrado. Manejo Laparoscópico.** Video.

Braulio Aaron Crisanto Campos, Martin Edgardo Rojano Rodriguez. Endoscopia y Cirugía Endoscópica y Clínica de Cirugía Bariátrica, Hospital General Dr. Manuel Gea González

✉: [braulioaaroncc@hotmail.com](mailto:braulioaaroncc@hotmail.com) Tel: 4.4553225784e+011

**Introducción:** Reportar el manejo laparoscópico de la oclusión intestinal secundaria a un balón intragástrico (**BI**) migrado a intestino delgado.

**Hallazgos:** Balón intragástrico migrado a 150 cm del angulo duodenoyeyunal. **Resultados:** Resección intestinal, entero-enteroanastomosis latero-lateral laparoscópica. Evolución Posquirúrgica: Adecuada evolución posquirúrgica, tolerando la vía oral a las 24 horas, dándose de alta a las 72 horas. **Discusión:** Las complicaciones asociadas a la colocación de un BI se incrementan con el tiempo de permanencia de este en la cámara gástrica, secundario a la irritación mecánica del mismo y al riesgo de ruptura del dispositivo con

subsecuente migración hacia el intestino delgado. En este caso la falta de adherencia de la paciente en su control posterior a la colocación del BI y su pérdida en el seguimiento con una permanencia del dispositivo desde el 2009 causaron su ruptura espontánea y migración, originando un cuadro de oclusión intestinal. En este caso se demuestra que ante un caso de oclusión secundaria a un BI migrado, sin perforación intestinal o peritonitis secundaria, la resolución totalmente laparoscópica es factible, teniendo como beneficio una recuperación relativamente rápida y una estancia intrahospitalaria corta.



**7.- Correlación entre el área de la Gastroyeyunoanastomosis, documentada endoscópicamente, y el PSP en pacientes postoperados de Derivación Gástrica Laparoscópica**

**Mario Eduardo Torres Olalde**, Carlos Ernesto Morales Chávez, Martín Edgardo Rojano Rodríguez, Jose Luis Beristain Hernández, Margarita Torres Tamayo, Mucio Moreno Portillo. Hospital "Dr. Manuel Gea González". ✉: marioeto@yahoo.com Tel: 55 29 40 81 27

**Introducción:** Existe controversia acerca de la relación entre el tamaño de la Gastroyeyunoanastomosis y el porcentaje de sobre peso perdido (**PSP**) en pacientes postoperados de Derivación Gástrica Laparoscópica (**DGL**). **Objetivo:** Determinar si el área de la gastroyeyunoanastomosis (**AGYA**) en **DGL** se correlaciona con el **PSP** a 1 año de postoperatorio. **Diseño del estudio:** Transversal analítico **Material y Métodos:** Se incluyeron 18 pacientes de la Clínica de Obesidad, 17 mujeres y un varón, con edad media de 38.1 ( $\pm 7.4$ ) años y un **IMC** de 45.4 ( $\pm 5.8$ ). A todos se les realizó endoscopia de control con fotografía que permitió la medición del **AGYA** en mm<sup>2</sup>, mediante el programa para PC

Image J (NIH), posterior a un año treas **DGL**. **Resultados.** El peso inicial fue de 117.3 ( $\pm 16.4$ )kg y al año postcirugía de 74.6 ( $\pm 10.7$ )kg. El **PSP** a 1 año fue de 76.9 ( $\pm 12.8$ )%. La media del **AGYA** fue de 138.8 ( $\pm 51$ )mm<sup>2</sup>. Al analizar la correlación de Spearman entre el **AGYA** y el **PEPP**, ajustando por edad e **IMC** preoperatorio, se obtuvo una r de -0.474, p = 0.032. **Conclusiones.** En el grupo de pacientes estudiados se encontró una correlación negativa significativa entre el **AGYA** y el **PSP**. Se requieren estudios a largo plazo para determinar si el **AGYA** modifica la pérdida de peso, lo que nos ayudaría a estandarizar la técnica y asegurar el éxito de la cirugía.

**8.- Estudio comparativo de alteraciones en manometría y phmetría en pacientes no obesos con enfermedad por reflujo gastroesofágico y pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica**

**José Luis Beristain Hernández**, Martín Edgardo Rojano Rodríguez, Mario Eduardo Torres Olalde, Sergio López Martínez, Mucio Moreno Portillo ✉: jlberistain@yahoo.com Tel: (044)55-13-72-61-86

**Antecedentes:** La enfermedad por reflujo gastroesofágico se asocia de forma importante con la obesidad. **Objetivo:** Comparar los patrones manométricos y pH Métricos de pacientes obesos asintomáticos y pacientes con **ERGE** no obesos. **Material y métodos:** Se incluyeron de forma prospectiva 86 pacientes; en el grupo 1, 48 pacientes con obesidad mórbida, en su mayoría asintomáticos; en el grupo 2, 38 pacientes con **ERGE** no obesos. Se les realizó manometría y phmetría. Se registraron y compararon los resultados con estadística comparativa. **Resultados:** grupo 1 con 48 pacientes, 39 mujeres y 11 hombres; media de edad de 36.5 años. El **IMC** fue de 45.19 ( $\pm 6.68$  kg/m<sup>2</sup>). El esfínter esofágico inferior (**EEl**) estuvo a 38.72 cm de la arcada dental superior (**ADS**), la presión del **EEl** fue de 9.18 mm Hg ( $\pm 3.5$  mm Hg). El 100% presentó una relajación adecuada del **EEl**. 43

pacientes (89.58%) presentaron una peristalsis primaria esofágica efectiva, 5 no la presentaron. La calificación de DeMeester con una media de 25.31 puntos. Entre los pacientes con **ERGE** no obesos, se incluyeron 38 pacientes, de los cuales fueron 21 mujeres y 18 hombres; con una media de edad de 43.6 años. El **IMC** fue de 26.3 kg/m<sup>2</sup>. El esfínter esofágico inferior estuvo a 41.28 cm, la presión del **EEl** fue de 7.825 mm Hg. El 100% presentó una relajación adecuada del esfínter esofágico inferior. Sólo 19 pacientes (50%) presentaron una peristalsis primaria esofágica efectiva, con una media de 82.1% de peristalsis primaria esofágica efectiva entre el total de pacientes. El DeMeester presentó una media de 39.91 puntos. Diferencias estadísticamente significativas en el **IMC** y la localización del **EEl** solamente. **Conclusiones:** Los pacientes con obesidad mórbida se comportan



## Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas A.C.

en su motilidad y fisiología gastrointestinal como

pacientes no obesos con ERGE sintomática. – Oral

### 9.- Banda Gástrica por vía Laparoscópica en el Hospital General. Victoria, Seguimiento a 2 años

Miguel Alejandro Miranda de León, Juan Antonio Lopez Corvala, JoseIsabel Perales Lopez, Rafael Torres Mansur, Martin Segura Chico. ✉: ma\_miranda98@hotmail.com. Tel: 834 111 34 68

**Introducción:** La Cirugía como tratamiento para la obesidad mórbida, en pacientes seleccionados ha demostrado ser el método más efectivo en la reducción de peso con resultados a largo plazo.

**Objetivo:** Conocer los resultados del seguimiento a 2 años de los pacientes que se les colocó banda gástrica del hospital General de Victoria, “Dr. Norberto Treviño Zapata”. **Material y Método:** Se utilizaron los expedientes de todos los pacientes operados con diagnóstico de obesidad Mórbida por

medio de Banda Gástrica por vía Laparoscópica. Durante el lapso de 01 enero del 2006 al 31 diciembre del 2008. Fueron revisados durante un lapso de 2 años, en los cuales se fue corroborando la pérdida de peso que fueron presentando. Resultados. El % Pérdida de Sobrepeso Perdido (**PSP**) de 40.1 % con un R 17 a 85. **Conclusiones:** La banda gástrica ofrece una adecuada Pérdida de sobrepeso.

### 10.- Perforación esofágica secundaria a instalación de Banda Gástrica por laparoscopia.

Cesar Romero Mejía, Omar Paipilla Monroy. ✉: romerocirugia@hotmail.com Tel: 664 634 33 01

**Introducción:** Se trata de un raro caso de perforación esofágica al momento de la instalación de Banda Gástrica por Laparoscopia (**BGL**). Se describen hallazgos clínicos, radiológicos y transoperatorios además de forma de manejo.

**Material y Métodos:** Se trata de paciente canadiense femenina de 45 años, con antecedente de instalación 36 hrs. antes en clínica particular, de BGL, que al momento del paso de sonda de calibración se aprecia dificultad para el llenado del balón, con prueba de azul de metileno negativa y que presenta evolución torpida por taquicardia, polipnea y dolor retroesternal, además de febrícula. A la exploración física con hipoventilación basal izquierda y tórax que muestra derrame pleural. Esofagograma con medio hidrosoluble con extravasación del medio de contraste en tercio inferior hacia mediastino y espacio pleural izquierdo, aparentemente contenido. Biometría hemática con leucocitosis de 16 000 con bandemia y resto sin alteraciones.

**Resultado:** Se cubre con triple esquema y se

realiza toracotomía izquierda en 6 EIC, encontrando derrame pleural, se repara ruptura de aprox. 12cm. de tercio inferior, sello con pleura y goma de fibrina y se drena mediastino y espacio pleural. Se deja sonda nasogástrica y se retira la banda. Se efectúa gastrostomía tipo Stamm y pasa a UCI, intubada y con drenajes a sello de agua. Al tercer día se retira SNG y al sexto se despierta y extuba, con buena evolución y sin evidencia de fuga. Se da de alta al noveno alimentándose por gastrostomía. **Comentario:** El diagnóstico precoz y la resolución oportuna son mandatorios para la supervivencia de la paciente. Cierre hermetico y aplicación de goma, además de ferulización con SNG, retiro de banda y mantener en reposo el área, son las medidas esenciales para el manejo quirúrgico de esta complicación.



**11.- Retiro de banda “Casera” tras 13 años desde su colocación**

**Ungson Beltran Gilberto**, Melchor Enrique Martinez Corral, Romero Salas Omar, Martinez Corral Melchor Enrique, Soto Galindo Juan, Monjardin Rochin Alfonso, Ceniceros Rios Jacobo

✉ melchorenrique@yahoo.com.mx

Tel: 6621706265

**Introducción:** La Banda gástrica laparoscópica (BGL) fue el primer procedimiento de mínima invasión para el tratamiento de la obesidad. Es el procedimiento mas fácilmente reversible con los rangos de mortalidad y morbilidad postoperatoria mas bajos. **Reporte de un caso.** Paciente masculino de 33 años de edad, peso 140 kg, talla 1.85 m, IMC- 40.9, antecedente de colocación de banda gástrica por laparoscopia hace 13 años, máxima reducción de peso de 8 kg. Acude para retiro de banda gástrica y valoración para nuevas alternativas de reducción de peso. Se descarta por endoscopia migración o erosión gástrica; se realiza laparoscopia. **Resultados.** En la cirugía se encuentra tejido fibrotico abundante a nivel de hiato esofágico y tercio superior de curvatura menor, adherencia firme del tejido al material protésico de la banda. El material protésico retirado no se trataba de una BG comercial, sino de

una BG compuesta del catéter de un drenaje tipo Jackson Pratts, envuelta en un penrose, conformándose en una circunferencia cerrada por puntos de sutura de poliéster, todo esto conectado a un reservorio de titanio con silicona del catéter tipo port-a-cath. **Conclusiones:** Este tipo de BG fue colocada en un gran número de pacientes durante la década de los 90. Es factible que se presenten pacientes a la consulta para su retiro. La presencia de esta banda por periodos prolongados y debido al material protésico utilizado, conlleva a una reacción inflamatoria más severa mayor adherencia de tejidos, incrementando el grado de dificultad al momento de su retiro y la morbilidad postoperatoria. Es importante la identificación de todos los componentes de este tipo de banda y de sus medios de fijación. Recomendamos no realizar de manera simultánea otro procedimiento bariátrico debido al alto riesgo de complicaciones.

-

**12.- Cambios metabólicos asociados a la activación de la vía de la señalización de la leptina en pacientes obesos sometidos a derivación gástrica con Y de Roux**

**Martin Rojano Rodriguez**, Ostrosky-Shejet P Ramos-Barragán VE., Arrieta P., Mendoza P., López S., Bravo C., Rojano ME., Frigolet ME. ✉ merr10\_mx@yahoo.com.mx

**Introducción:** De acuerdo con datos de la ENSANUT 2006 la obesidad (dada por un incremento excesivo del tejido adiposo) es uno de los principales problemas de Salud Pública en México. En la etiología de la misma está el desarrollo de adipocitos disfuncionales, hiperleptinemia y resistencia a la leptina. Nuestro grupo desea cuantificar la expresión y funcionalidad de este marcador antes y después de la Derivación gástrica con Y de Roux (DGYR) **Método:** En 7 pacientes obesos (hombres y mujeres de 18 a 45 años de edad). Se tomaron biopsias de tejido adiposo subcutáneo durante y 8

meses después del procedimiento quirúrgico y se realizaron cortes histológicos e inmunoblots. **Resultados:** El área de los adipocitos disminuye significativamente después de la DGYR, hay un incremento en la expresión de la proteína del receptor de leptina en estas células y mayor activación del intermediario Jak-2 de la señalización de la leptina en todos los casos.



**13.- Manejo de fugas en Gastrectomía Vertical por laparoscopia**

**Cesar Romero Mejia**, Omar Paipilla Monroy. ✉romerocirugia@hotmail.com Tel. 664 634 33 01

**Introduccion:** Se presentan cuatro casos de pacientes con fuga en linea de sutura en la Union EG (UEG) posterior a la creacion de Gastrectomía Vertical por laparoscópica (GVL).El proposito es proponer una clasificacion y manejo de esta complicacion, y tratar de explicar los mecanismos de lesion. **Material y metodos:** Se analizan los sintomas, hallazgos radiologicos, numero de intervenciones, sitio de presentacion y resultado final en cuatro pacientes, tres mujeres y un hombre, 30 a 46 años(36.5), de 5 a 21 dias de haber sido intervenidos, (10), todos con lesion UGE, de 1a 4cm. manejados con lavado y drenaje quirurgico, NPT, cierre con monofilamento y sello de fibrina, Esplenectomia, reintervenciones a demanda, de 1 a 5 cirugias. Dias de estancia hospitalaria de 10 a 35 dias con promedio de 22. Tres dados de alta sin fuga y uno se traslada a otro nivel. Dos con intento fallido de control con

endoprotesis. **Resultados:** Nuestros resultados son similiares a los reportados. Todas las lesiones fueron posteriores y a nivel del AH. No hubo muertos. Fueron diagnosticados en forma tardía y esto se reflejo en los dias de estancia.El uso de endoprotesis no resolvió la fuga en dos casos. La paciente trasladada, se le retiro la SNG al segundo DPO y se le instalo CPAP, que creemos influyo en la persistencia de la fuga. **Comentario:** Cada vez es mas evidente que el daño térmico en la zona adyacente a esfínter de la UEG al seccionar vasos cortos y ligamento gastrofrenico, y la creacion de un tubo de alta presion con dos esfínteres, son los dos factores que condicionan la fuga. La periesplenitis y la localizacion posterior de la lesion hacen necesario la extirpacion del vaso, drenando y visualizando mejor la zona. Presentamos una clasificacion en el tiempo de diagnostico de las fugas para tratarlas.