

Fistula gastro-gástrica tras bypass gástrico anillado: utilidad de la gastroscopia intraoperatoria

Gastrogastric fistula after ringed gastric bypass: usefulness of intraoperative gastroscopy

FISTULA GASTRO-GÁSTRICA TRAS BYPASS GÁSTRICO ANILLADO: UTILIDAD DE LA GASTROSCOPIA INTRAOPERATORIA

**GONZÁLEZ R¹, CONDE M¹, NAVARRO G¹, BARBEITO E², CONDE
J¹, TORRES AJ³.**

1 Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo

Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo

C/Ulises Romero s/n Lugo CP 27003

2 Servicio de Digestivo y Endoscopias

Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo

C/Ulises Romero s/n Lugo CP 27003

3 Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo

Hospital Clínico San Carlos de Madrid

C/Prof. Martín Lagos CP 28040 Madrid.

Correspondencia

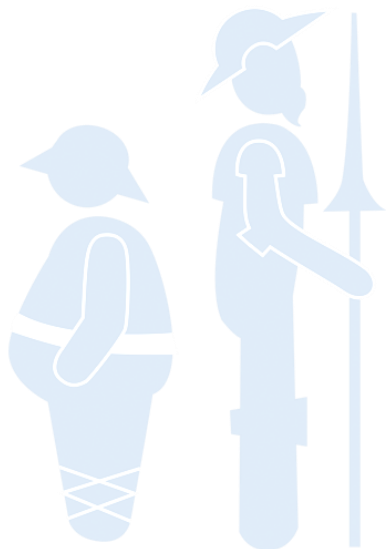
Rocío González López

Ribeira n31 Cuíña LUGO CP 27294

Teléfono: 650953645

Email: rgonlop@gmail.com

**FÍSTULA GASTRO-GÁSTRICA TRAS BYPASS GÁSTRICO
ANILLADO: UTILIDAD DE LA GASTROSCOPIA
INTRAOPERATORIA**



bmi journal
seco-seedo

RESUMEN

La fístula gastrogástrica post bypass gástrico por obesidad mórbida en una complicación infrecuente, pero que cuando sucede, condiciona el fracaso de la cirugía.

La endoscopia digestiva alta es un pilar del diagnóstico junto con la radiología, una alternativa terapéutica, en auge, en algunos casos, y una técnica de gran ayuda intraoperatoria, en la cirugía de revisión de la obesidad mórbida.

Presentamos un caso de fístula gastrogástrica, tardía, tras un bypass gástrico anillado laparoscópico, en el que la endoscopia digestiva alta tuvo un papel fundamental en la identificación anatómica de estructuras y localización del trayecto fistuloso, aumentando así la seguridad del procedimiento quirúrgico.

ABSTRACT

Gastrogastric fistula after gastric bypass due to morbid obesity is an infrequent complication, but when it occurs, it determines the failure of the surgery.

Upper gastrointestinal endoscopy is a diagnostic pillar along with radiology, a therapeutic alternative, on the rise, in some cases, and a highly helpful intraoperative technique in revision surgery for morbid obesity.

We present a case of late gastrogastric fistula, after a laparoscopic banded gastric bypass, in which upper gastrointestinal endoscopy played a fundamental role in the anatomical identification of structures and location of the fistulous tract, thus increasing the safety of the surgical procedure.

PALABRAS CLAVE

Obesidad Mórbida

Bypass gástrico

Fístula gastrogástrica

Cirugía de revisión

Endoscopia Digestiva Alta

KEYWORDS

Morbid Obesity

Gastric Bypass

Gastrogastric Fistula

Revisión Surgery

Upper Digestive Endoscopy



bmi journal
seco-seedo

INTRODUCCIÓN

La obesidad Mórbida es una epidemia mundial y el Bypass Gástrico (BPG) laparoscópico, una de las técnicas más utilizadas para un tratamiento efectivo y duradero.

La fístula gastrogástrica (FGG), comunicación entre reservorio y remanente gástrico, es una complicación infrecuente pero potencialmente devastadora del Bypass Gástrico, que condiciona el fracaso de la cirugía, al permitir el paso de los alimentos hacia el remanente gástrico, eliminando así el mecanismo restrictivo del procedimiento.

Nuestro objetivo es presentar un caso de FGG tardía tras BPG laparoscópico anillado, y resaltar la utilidad de la Endoscopia Digestiva Alta (EDA) intraoperatoria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 60 años intervenida de BPGL anillado en 2006 con IMC inicial de 43 kg/m², que consulta 12 años después por epigastralgia, náuseas y pesadez postprandial, de un año de evolución, con IMC de 33,5 kg/m². La EDA, evidencia un orificio fistuloso de aproximadamente 1cm entre reservorio y remanente, anastomosis gastro-yeyunal permeable y presencia de material de sutura. Se completa estudio con Tránsito Esófago-gástrico (TEG) que confirma los hallazgos. Se descarta colelitiasis por ecografía y se presenta en Comité Multidisciplinar: aceptándose para cirugía de revisión.

En la cirugía, se observan importantes adherencias de la anastomosis gastroyeyunal al borde hepático y se identifica un punto de sutura que fija el asa alimentaria al antro.

Se realiza EDA intraoperatoria que facilita la identificación anatómica de las estructuras, así como localización de la fístula, evidenciándose incluso, la inclusión de la anilla en el reservorio, esto último no objetivado previamente.

Se procede a la disección esofágica una vez aclarada la anatomía y tras completar la liberación del reservorio gástrico, se secciona con endograpadora el asa alimentaria, lo que permite identificar en la cara postero-lateral izquierda del reservorio, el orificio fistuloso. Durante la disección, se procede a la apertura del remanente gástrico, se localiza y se retira la anilla, cerrando el orificio

del remanente gástrico con endograpadora. Finalmente, se confecciona la nueva anastomosis gastroyeyunal aprovechando el orificio fistuloso, y se reseca parte del reservorio gástrico junto con la anastomosis previa (Video)

RESULTADOS

El postoperatorio transcurre sin incidencias, siendo alta a los 5 días. Actualmente presenta evolución favorable, con desaparición de la sintomatología previa e IMC de 29,8 kg/m² a los 10 meses post-cirugía.

DISCUSIÓN

La pérdida de peso inadecuada o la reganancia ponderal, además de otros síntomas como clínica de reflujo, úlcera marginal (con dolor epigástrico y anemia), náuseas y vómitos, deben hacernos sospechar la presencia de una FGG.

Su aparición, puede estar relacionada con:

- iatrogenia por sección incompleta del tejido gástrico al confeccionar el reservorio.
- pequeñas fugas contenidas del reservorio o de la anastomosis gastroyeyunal que ocasionan infección e inflamación local y luego conducen a un drenaje espontáneo hacia el remanente.
- causas mecánicas por un posible fallo de la endograpadora.
- migración del tejido gástrico: por la capacidad de la mucosa gástrica expuesta en el borde de sección, de migrar hacia el tejido gástrico remanente.
- úlceras marginales con perforación.
- erosión por cuerpo extraño: la colocación de un anillo alrededor del reservorio gástrico puede incluirse en su luz y ocasionar una úlcera que finalmente se convertirá en una fístula. En nuestro caso, el componente anillado parece que contribuyó al desarrollo de la misma.

El diagnóstico se basa en la radiología y en la EDA. El TEG sigue siendo la técnica de elección, pero cada vez cobra más valor la Tomografía Computarizada (TC) con contraste intravenoso y oral, en un estudio retrospectivo de Gao et al., se encontró que la relación de atenuación relativa del contraste en el estómago remanente en la TC era 100% sensible en el diagnóstico de FGG (1,2)

La EDA es también de gran utilidad, pero el rendimiento depende de la conciencia del endoscopista sobre la posibilidad de GGF. Este conocimiento se presenta de dos formas, ya sea una sospecha clínica o radiológica previa al procedimiento, o un hallazgo intraprocedimiento, como una úlcera marginal.

En algunas series, la sensibilidad de la gastroscopia fue ligeramente superior al TGI y en otros inferior. También se publicaron resultados de inferioridad diagnóstica de la EDA con respecto a la TC.

Muchos cirujanos hoy en día han adaptado un abordaje endoscópico/radiológico combinado, y esto parece mejorar la precisión diagnóstica (3)

El tratamiento de la fístula es generalmente quirúrgico, se realiza una cirugía de revisión para practicar la resección y cierre de la fístula. Se trata de un procedimiento técnicamente muy exigente, que debe ser manejado por cirujanos expertos, con amplia experiencia en cirugía laparoscópica y cada vez más también en cirugía robótica, y tener en cuenta a la hora de seleccionar el tipo de endograpadora la inflamación de los tejidos (4)

Se han descrito tratamientos no quirúrgicos, principalmente endoscópicos, utilizando selladores de fibrina, clips, endoprótesis, sutura endoscópica... (5,6)

Pauli et al. mostró resultados prometedores a medio plazo usando endo-clip endoscópico. Los autores también concluyeron que se encontró que el tamaño del FGG estaba inversamente relacionado con la tasa de éxito, fístulas mayores de 1 cm tenía menos probabilidades de cicatrizar endoscópicamente.

La colocación de stents endoscópicos también ha mostrado éxito en el tratamiento de la FGG con tasas de curación de hasta el 76%. Sin embargo, esto se ve desafiado por una alta incidencia de migración del stent (30,6 %) y un mayor riesgo de perforación (7,8)

Incluso se ha descrito un abordaje percutáneo transgástrico extraperitoneal mostrándose efectivo en el cierre de una FGG (9)

También, en el tratamiento es esencial suspender los antiinflamatorios no esteroideos, el alcohol y el tabaco.

Pero a pesar de todo muchos autores han descrito un tratamiento expectante cuando los síntomas son mínimos; la úlcera mejora con la administración de inhibidores de bomba de protones y siempre que la pérdida de peso sea la adecuada (10)

CONCLUSIONES

La clave para el diagnóstico de la FGG es mantener un alto índice de sospecha.

El papel de la EDA preoperatoria sigue siendo clave en el diagnóstico de la FGG después de BPG por OM.

Existen nuevos métodos endoscópicos de cierre de la FGG que podrían suplantar en algunos casos, a la técnica quirúrgica.

La reparación quirúrgica es el procedimiento mayoritariamente empleado pero es más invasivo y con mayor potencial de morbilidad que las técnicas endoscópicas.

A pesar de la escasa literatura al respecto, destacamos la gran utilidad de la EDA intraoperatoria en la identificación anatómica de estructuras durante la cirugía de revisión de la OM, así como de un posible trayecto fistuloso no siempre diagnosticado preoperatoriamente, en nuestro caso si se sospechaba previamente, pero la EDA resultó fundamental para la orientación anatómica, mejorando de este modo la seguridad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Alyaqout K, Almazeedi S, Alhaddad M, Efthimiou E, Loureiro MP. Gastrogastric fistula after Roux en Y gastric Bypass: A case report and review of literatura. *Arq Bras Cir Dig.* 2020;33(2): e1509.
- 2 Gao G, Nezami N, Mathur M, Balcacer P, Israel G, Spektor M. Diagnosis of gastrogastric fistula on computed tomography: A quantitative approach. *Abdom Radiol.* 2017;43(6):1329-1333
- 3 Chahine E, Kassir R, Dirani M, Joumaa S, Debs T, Chouillard E. Surgical Management of Gastrogastric Fistula After Roux-en-Y Gastric Bypass: 10-Year Experience. *Obes Surg.* 2018;28(4):939-944
- 4 Real H, Fernández J, Del Castillo A y cols. Fistula gastrogastrica tras derivación biliopancreatica con preservación gástrica. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana* (2017) 7.1.15: 1352-1355
- 5 Garcia-Caballero M, Carbajo M, Martinez-Moreno JM, Sariia M, Osorio D, Carmona JA. Drain erosion and gastro-jejunal fistula after one-anastomosis gastric bypass: endoscopic occlusion by fibrin sealant. *Obes Surg.* 2005 May;15(5):719-22
- 6 Tsai C, Kessler U, Steffen R, Merki H, Zehetner J. Endoscopic Closure of Gastro-gastric Fistula After Gastric Bypass: a Technically Feasible Procedure but Associated with Low Success Rate. *Obes Surg.* 2019 Jan;29(1):23-27

7 Sússtrunk J, Thumshirn M, Peterli R, Kraljević M. Early gastrogastic fistula after Roux-en-Y gastric bypass: successful fistula treatment with self-expandable endoscopic stent. BMJ Case Rep. 2021 Jun 11;14(6):e243748

8 Okazaki O, Bernardo WM, Brunaldi VO, et al. Efficacy and Safety of Stents in the Treatment of Fistula After Bariatric Surgery: a Systematic Review and Meta-analysis. Obes Surg. 2018;28(6):1788-1796

9 Torres-Villalobos G, Leslie D, Kellog T, et al. A new approach for treatment of gastro-gastric fistula after gastric bypass. Obes Surg. 2007 ;17(2):242-6

10 Carrodegua L, Szomstein S, Soto F et al. Surg Obes Relat Dis. Management of gastrogastic fistulas after divided Roux-en-Y gastric bypass surgery for morbid obesity: analysis of 1,292 consecutive patients and review of literature. 2005 ;1(5):467-74.



DECLARACIONES ÉTICAS

Financiación: Esta investigación no ha sido financiada.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Consentimiento para participar: Se ha solicitado consentimiento al paciente para grabar y reproducir el video de la intervención y para realizar estudios científicos y publicaciones sobre el caso.

Contribuciones de los autores: Todos los autores han leído y aprobado el manuscrito y cumplen los criterios de autoría, estando de acuerdo con la versión final del manuscrito.

Este trabajo no se ha publicado en ningún otro medio. Ha sido aceptado como comunicación formato Vídeo en el Congreso Nacional de la SECO en Toledo 2022