

Fístula, hemorragia y otras complicaciones derivadas de la cirugía bariátrica

Fistula, hemorrhage and other complications derived from bariatric surgery

10.53435/funj.00942

Fístula, hemorragia y otras complicaciones derivadas de la cirugía bariátrica

Ana Tomás, Juan Pérez, José Antonio Bravo, Gema Giner, Beatriz Remezal, Pilar Serrano.

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario del Vinalopó, Elche.

Correspondencia del autor:

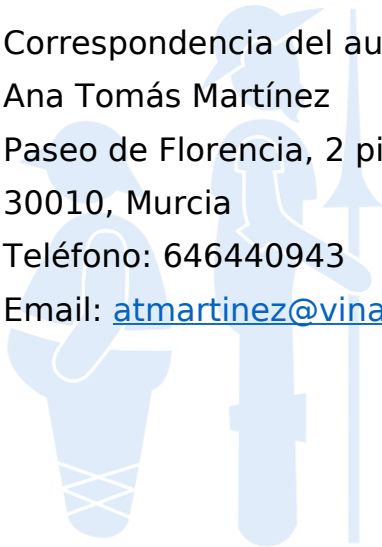
Ana Tomás Martínez

Paseo de Florencia, 2 piso 4 puerta B.

30010, Murcia

Teléfono: 646440943

Email: atmartinez@vinaloposalud.com



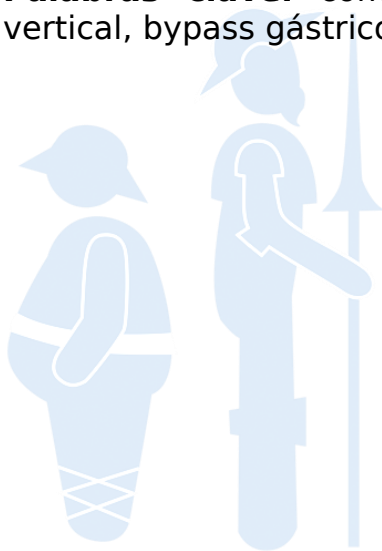
bmi journal
seco-seedo

Fístula, hemorragia y otras complicaciones derivadas de la cirugía bariátrica

Resumen

Las complicaciones de la cirugía bariátrica son muy variables. Pueden ser quirúrgicas o no quirúrgicas y se dividen en tempranas o tardías ⁽¹⁾. Algunas complicaciones son específicas de la técnica quirúrgica realizada. El objetivo de este estudio es analizar la incidencia y el manejo de las complicaciones derivadas de la cirugía bariátrica en nuestro hospital. Un total de 108 pacientes fueron intervenidos de cirugía bariátrica entre 2016 y 2022 en nuestro centro. La incidencia global de complicaciones derivadas de la cirugía fue del 13,89%, siendo la hemorragia la complicación más frecuente en nuestro estudio.

Palabras clave: complicaciones, cirugía bariátrica, gastrectomía vertical, bypass gástrico



bmi journal
seco-seedo

Introducción

La cirugía bariátrica está en auge y su aplicación generalizada requiere un buen manejo de las complicaciones quirúrgicas ⁽¹⁾. Las complicaciones pueden aparecer de manera temprana (< 30 días desde la intervención) o más tardíamente (> 30 días). Se ha realizado una revisión cuyo objetivo ha sido analizar la incidencia y el manejo de las complicaciones derivadas de la cirugía bariátrica en nuestro centro.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo donde se han incluido un total de 108 pacientes intervenidos de cirugía de la obesidad en nuestro centro entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2022. Durante este intervalo de tiempo, se han realizado 85 gastrectomías verticales laparoscópicas (78,7%) y 23 bypass gástricos (21,3%).

Resultados

De manera global, un 13,89% (15 casos) tuvieron una o más complicaciones derivadas de la cirugía. De los 15 pacientes, 9 fueron mujeres (60%) y 6 hombres (40%). Del grupo a los que se le realizó una gastrectomía vertical laparoscópica (SG), un 9,41% de los pacientes tuvieron alguna complicación. Los pacientes operados de bypass gástrico (RYGB) presentaron complicaciones hasta un 30,44% de los casos. La complicación más frecuente en nuestro estudio fue la hemorragia con una incidencia del 5,56%. Le siguió la fuga con una incidencia del 4,63% (5 casos); de estos tres fueron tratados endoscópicamente con colocación de prótesis y dos se reintervinieron para cierre primario de la fuga. Otras complicaciones fueron la estenosis anastomótica (3,7%), la úlcera (2,78%), colecciones intraabdominales (1,85%) y el infarto esplénico (1,85%). De los 15 pacientes, seis requirieron reintervención urgente y hasta un 46,67% ingresaron en UCI. Seis casos reingresaron por complicaciones tras haber sido dados de alta. En tres casos (20%) se observó infección de la herida quirúrgica. La media de días de ingreso hospitalario fue de 13,41 días. Nueve pacientes (60%) fueron tratados con manejo conservador consiguiendo buenos resultados. Un caso operado de SG fue reintervenido seis años después por reganancia de peso y ERGE y se optó por la cirugía de revisión.

Discusión

Las tasas de complicaciones generales después de la cirugía bariátrica son inferiores al 15% ⁽²⁾. En nuestro estudio tuvimos una incidencia global del 13,89% de complicaciones derivadas de la cirugía de la obesidad.

La fuga o fístula anastomótica es la principal complicación y aparece más frecuentemente en la línea de grapas a nivel del ángulo de His tras la SG y a nivel de la anastomosis gastroyeyunal tras el bypass ^(1,3). Según diferentes publicaciones, la incidencia de la fístula anastomótica varía entre el 1-6% tras el bypass gástrico y entre el 3-7% tras la gastrectomía vertical ⁽²⁾. En nuestra serie, la incidencia de la fístula anastomótica tras el bypass gástrico fue del 8,70% y tras la SG del 3,53%, obteniendo una incidencia global de fístula anastomótica del 4,63% (5 casos). Según su localización, el tratamiento puede ser endoscópico o quirúrgico ⁽¹⁾. En nuestro caso, 3 pacientes fueron tratados con tratamiento endoscópico y colocación de prótesis y dos pacientes requirieron reintervención urgente realizando laparotomía exploradora.

La hemorragia es más frecuente tras el bypass gástrico apareciendo generalmente a nivel de la línea de sutura de la anastomosis gastroyeyunal ⁽¹⁾. La incidencia global fue del 5,56%, siendo la complicación más frecuente en nuestro estudio. Según la literatura, la incidencia se encuentra entre 1,1-4% tras SG y el 0,4-4% tras el bypass ⁽¹⁾. En nuestra serie, cinco casos surgieron tras SG (5,88%) y únicamente un paciente tras el bypass gástrico (4,35%). La incidencia algo superior en nuestro estudio respecto a la de la literatura podría ser debido al pequeño tamaño muestral de nuestra serie. En cuanto a la mayor incidencia de hemorragia en SG con respecto a la del bypass, se explica porque en nuestro centro el bypass gástrico es una técnica quirúrgica que comenzamos a realizar en 2019 mientras que la SG ya se realizaba previamente. El manejo de la hemorragia fue la reintervención quirúrgica realizando laparotomía exploradora en 4 casos, un paciente fue ingresado en la unidad de cuidados intensivos para monitorización durante 48 hora y otro paciente, intervenido de SG, fue tratado endoscópicamente mediante esclerosis de la lesión debido a que la hemorragia era secundaria una úlcera en la transición esofagogástrica.

Según la literatura, la prevalencia de estenosis en la anastomosis gastroyeyunal varía del 1% a más del 20% ⁽¹⁾. En nuestra serie, la incidencia de estenosis es del 17,39%. Todos los casos se han manejado de manera endoscópica mediante la realización de una única dilatación en el 50% de los casos y habiendo requerido una segunda dilatación en el otro 50% de los pacientes.

Por último, la incidencia de la úlcera marginal tras el bypass gástrico varía entre el 0,5 al 16% ⁽⁶⁾. En nuestra serie, la incidencia de la úlcera tras la realización de esta técnica quirúrgica es del 8,7%.

Conclusiones

Aunque son poco frecuentes, las complicaciones asociadas a la cirugía de la obesidad pueden ser muy graves y poner en peligro la vida del paciente. La hemorragia tras la cirugía presenta una incidencia variable y la mayoría ocurren en el postoperatorio inmediato atribuyéndose la línea de sutura como lugar probable de sangrado ^(1,2). La fístula es la principal complicación y una de las más graves en cirugía bariátrica por lo que es fundamental su diagnóstico precoz ⁽¹⁾. El tratamiento puede ser endoscópico o quirúrgico. La estenosis de la anastomosis gastroyeyunal aparece entre el 1-20% de los casos ^(1,3,5). El resto de las complicaciones descritas son menos frecuentes, pero igual de importantes, por lo que es imprescindible sospecharlas para poder diagnosticarlas.

Bibliografía

1. Contival N, Menahem B, Gautier T, Le Roux Y, Alves A. Guiding the non-bariatric surgeon through complications of bariatric surgery. *J Visc Surg.* 2018 Feb;155(1):27-40.
2. Rogers AP, Lidor AO. (2021). Tratamiento de la obesidad mórbida. En J. L. Cameron y A. M. Cameron (Eds.), *Terapias Quirúrgicas Actuales*. 13o Edición (pp.117-121). Elsevier.
3. Sánchez Pernaute, A., Pérez Aguirre, M.E. (2022). Cirugía bariátrica. En P. Parrilla, E. García- Granero, E. Martín, S. Morales-Conde, S. Navarro y E. M. Targona (Eds.), *Cirugía AEC*. 3a Edición (pp.441-455). Panamericana.
4. Kassir R, Debs T, Blanc P et al. Complications of bariatric surgery: Presentation and emergency management. *Int J Surg.* 2016 Mar;27:77-81.
5. Arteaga IJ, Ramírez J, Martín AI, Carrillo A. (2012). Diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones postoperatorias. En J. C. Ruiz, R. Sánchez (Eds.), *Cirugía de la Obesidad Mórbida*. 2ª Edición (pp. 186-199). Arán Ediciones.
6. Sundaresan N, Sullivan M, Hiticas BA et al. Impacts of Gastrojejunal Anastomotic Technique on Rates of Marginal Ulcer Formation and Anastomotic Bleeding Following Roux-en-Y Gastric Bypass. *Obes Surg.* 2021 Jul;31(7):2921-2926.