

## Manifestación de Leucemia Promielocítica Aguda en el postoperatorio de una Gastrectomía Vertical Laparoscópica

García-Díaz JJ<sup>1</sup>, Ferrer-Márquez M<sup>2</sup>, Moreno-Serrano A<sup>3</sup>, García-Pérez M<sup>3</sup>J<sup>4</sup>, Alarcón-Rodríguez R<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Enfermero Hospital Torrecárdenas, Almería. <sup>2,3</sup>Servicio de Cirugía General del Aparato Digestivo. Hospital Torrecárdenas, Almería. <sup>4</sup>Servicio de hematología. Hospital Torrecárdenas, Almería. <sup>5</sup>Áreas Médicas. Universidad de Almería. España

✉ [tote\\_almeria@hotmail.com](mailto:tote_almeria@hotmail.com)

**Resumen:** La gastrectomía vertical laparoscópica, es una técnica restrictiva para el tratamiento de la obesidad. Las principales complicaciones son la hemorragia (0–6,4%) y la fuga de la línea de sutura (0–20%); la mortalidad oscila entre el 0–3%. Presentamos el caso de una mujer joven que presenta en el postoperatorio de una gastrectomía vertical laparoscópica una hematemesis franca, descartando mediante pruebas radiológicas complicación postquirúrgicas, siendo éste el debut de una enfermedad hematológica, la leucemia promielocítica aguda.

**Palabras clave:** Gastrectomía vertical, laparoscopia, obesidad, leucemia promielocítica aguda.

**Abstract:** Laparoscopic sleeve gastrectomy also known as gastric sleeve or gastric tubulization is a restrictive technique for the treatment of obesity. The main complications are bleeding (from 0 to 6.4%) and losses of the suture line (0-20%); mortality ranges from 0-3%. We report the case of a young woman who presents important hematemesis in postoperative time, discarding postoperative complications with radiological tests. It was the first sign of a blood disease, the acute promyelocytic leukemia

### Introducción

La Gastrectomía vertical laparoscópica es una técnica quirúrgica para tratar la obesidad mórbida. Inicialmente esta se utilizó como la primera etapa de la derivación biliopancreática con cruce duodenal en la población superobesos. Gagner <sup>1</sup>propuso la gastrectomía vertical laparoscópica como primer tiempo quirúrgico en pacientes de alto riesgo (superobesos con patología cardiopulmonar severa), y transcurridos entre 12-18 meses y tras la pérdida de peso inicial, realizaba el segundo tiempo del cruce duodenal con menor riesgo. Actualmente esta técnica se realiza como único procedimiento, existiendo resultados a corto y medio plazo sobre todo, aunque existen ya algunos a largo plazo<sup>1,2</sup>.

Esta técnica es un procedimiento restrictivo diseñado para la pérdida de peso, lo que conlleva a disminuir el apetito al reducir la capacidad del estómago, también su capacidad de distensión y producir la sensación de plenitud con la ingesta oral mínima. La ventaja de este procedimiento es la intromisión en la estructura hormonal digestiva. Hoy día, no sólo se utiliza en el tratamiento de los súper obesos, sino que también se usa esta técnica en pacientes que sufren de obesidad tipo 2, 3 y 4.

Este procedimiento tiene una serie de complicaciones descritas: la hemorragia (0–6,4%) o la fuga de la línea de sutura (0–20%); además de que la mortalidad oscila entre el 0–3%. Pero las comorbilidades

asociadas a la obesidad disminuyen, mejorando todas las patologías asociadas como el síndrome metabólico, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedad hepato biliar, osteoartritis, patologías respiratorias, etc.

### Caso Clínico

Presentamos el caso de una mujer de 39 años con IMC 47.83 Kg/m<sup>2</sup>, con antecedentes de apendicectomía y síndrome de hipoventilación-obesidad, y estudio preoperatorio realizado tres meses antes, normal. Ingresa para tratamiento quirúrgico programado de gastrectomía vertical laparoscópica. La intervención transcurre sin incidencias, se realiza según técnica habitual en nuestro equipo terminando con un refuerzo de la línea de grapas con una sutura continua barbada de monofilamento 2-0 para prevenir las hemorragias y las posibles dehiscencias, por último se realiza test de estanqueidad con azul de metileno para comprobar que no existen fugas. En el postoperatorio inmediato la paciente comienza con malestar general, molestias abdominales difusas y varios episodios de hematemesis sin inestabilidad hemodinámica pero que requieren trasfusión por anemización de la paciente.

Se optó por un tratamiento conservador con monitorización exhaustiva de las constantes y



analítica. No se realizó ninguna medida invasiva como endoscópica considerándola una medida agresiva para la línea de sutura. Al ceder los vómitos en las primeras horas. Su evolución posterior es satisfactoria, la paciente mejora clínicamente, la tolerancia oral es adecuada, el test de azul de metileno es negativo, y analíticamente presenta una hemoglobina de 11 y 7000 mil/mm<sup>3</sup> leucocitos.

Un mes después la paciente ingresa con deterioro importante del estado general (fiebre, astenia severa, mareo, dolor torácico, disnea y aparición de hematomas diseminados por todo el cuerpo); analíticamente: Leucocitos 1840 mil/mm<sup>3</sup>, Hemoglobina 8,9 g/dL, plaquetas 180.00/mm<sup>3</sup> y Dímero D 34.730 mg/L y tiempos de coagulación normales, por lo que se consulta con hematología. Se realiza un frotis en sangre periférica en el que se aprecian elementos blásticos sugestivos de M3.

Posteriormente se practica punción de médula ósea, ante la sospecha LMA. Se practica aspirado de médula ósea, donde se aprecian infiltración absoluta de elementos blásticos/promielocitos atípicos, hipergranulares, visualizándose elementos con astillas, lo que confirma el diagnóstico de LMA (Figura 1).

Se inicia tratamiento con ácido transretinoico (ATRA) y dexametasona ante progresión hiperleucocitosis, previa transfusión de plaquetas, plasma y concentrados hemáticos. Durante el ingreso, presenta hipocalcemia sintomática asociada a hipomagnesemia con crisis de tetania en manos, neutropenia febril, coagulopatía de consumo con sangrado mucocutáneo y aplasia post quimioterapia. La paciente es dada de alta un mes después para continuar con su tratamiento por parte de Hematología.

## Discusión

La cirugía es hoy en día sin duda, uno de los pilares más importantes en el tratamiento del paciente con obesidad mórbida bien seleccionado.

El abordaje previo y posterior a la intervención quirúrgica debe ser multidisciplinar, e incluye además del manejo médico, la asistencia psiquiátrica y nutricional, así como una labor de rehabilitación durante un largo tiempo. Las técnicas quirúrgicas son variables y aún no parece existir consenso sobre cuál es la mejor, por lo que debe pensarse en las

complicaciones que puede acarrear cada opción quirúrgica. Lo importante de la cirugía es que se realice bajo la supervisión de un equipo experto multidisciplinario para obtener los mejores resultados posibles. Al evaluar a un paciente con alteración del estado general que ha sido intervenido recientemente es conveniente pensar que la causa es una complicación derivada de la cirugía.

En nuestro caso, la causa de la hematemesis no era un sangrado de la línea de sutura, sino una manifestación atípica de una enfermedad hematológica no diagnosticada en una paciente inmudeprimida.

La leucemia promielocítica aguda (LMA), también conocida como M3 en la clasificación French-American-British (FAB), se presenta en el 80% de los casos como síndrome hemorrágico grave, históricamente relacionado con una coagulación intravascular diseminada, aunque en la actualidad, dados los hallazgos de laboratorio, la diátesis hemorrágica apunta a un proceso de fibrinólisis y proteólisis inespecífico. La paciente, en el momento de la intervención, ya presentaba el cuadro agudo de leucemia, sin embargo no tuvo complicaciones de sangrado intraabdominal a pesar de ese trastorno de la coagulación.

Además señalar que, se encontraba en un estado de inmunodepresión postquirúrgico que no tuvo repercusiones en el desarrollo de una fístula, complicación más temida en este tipo de cirugía y que en esta paciente hubiese marcado un pronóstico infausto.

A pesar de los avances en el tratamiento de la coagulación, la hemorragia cerebral sigue siendo la primera causa de mortalidad durante la inducción. Desde el inicio del tratamiento oral con ATRA en la LMA, hasta la actualidad, se ha avanzado mucho en este tipo de leucemias. Estudios recientes, basados en regímenes con ATRA y antraciclinas, cifran una frecuencia de remisión completa entre el 90 y el 95%, con una supervivencia libre de enfermedad a los 5 años del 74%<sup>7,8</sup>.

Como conclusiones, deberíamos tener en cuenta que el estudio preoperatorio se realizan a veces hasta con tres meses de antelación a la cirugía, y creemos que en este tipo de cirugías se debería realizar una analítica horas previas a la intervención.

En el postoperatorio de un paciente intervenido de cirugía bariátrica debemos pensar no sólo en las



complicaciones más frecuentes sino considerar que se trata de pacientes complejos que pueden tener cualquier otra patología.

## Bibliografía

1. Regan JP, Inabnet WB, Gagner M, A Pomp. Early Experience with Two-Stage Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass as an Alternative in the Super-Super Obese Patient. *Obesity Surgery* December 2003, Volume 13, Issue 6. p. 861-864.
2. Armstrong J, O'Malley SP. Outcomes of sleeve gastrectomy for morbid obesity: a safe and effective procedure? *Int J Surg* [Internet]. Elsevier Ltd; 2010 Jan [cited 2014 Feb 12];8(1):69-71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19944193>
3. Brethauer S a. Sleeve gastrectomy. *Surg Clin North Am* [Internet]. Elsevier Inc; 2011 Dec [cited 2014 Jan 22];91(6):1265-79, ix. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22054153>
4. Tallman MS, Abutalib SA, Altman JK. The double hazard of thrombophilia and bleeding in acute promyelocytic leukemia. *Semin Thromb Hemost.* 2007;33:330-338.
5. Wang ZY, Chen Z. Acute promyelocytic leukemia: from highly fatal to highly curable. *Blood.* 2008;111:2505-2515.

**Figura 1:** Infiltración de médula ósea por blastos hipergranulares, típicos de leucemia promielocítica aguda

