



Grapado de sonda nasogástrica como complicación intraoperatoria del by-pass gástrico laparoscópico (Ver VIDEO)

Recarte M; Corripio R; Cristóbal L; Guitérrez E; Álvarez E; York E; Díaz J; Vesperinas G.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Unidad de Cirugía Bariátrica.

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

✉ mariarecarterico@gmail.com

Resumen: La terapia más eficaz para la obesidad mórbida es la cirugía bariátrica y metabólica ^{1,2,3,4} y el by-pass gástrico en Y de Roux fue la técnica quirúrgica más frecuentemente realizada (46,6% de los procedimientos bariátricos) en el año 2011³. Este procedimiento exige una curva de aprendizaje significativa que, incluso en manos expertas, puede estar asociado a complicaciones. El grapado de la sonda nasogástrica durante la confección del reservorio gástrico o la anastomosis gastroyeyunal es una complicación temida y poco publicada en la literatura ⁵. Presentamos el caso de una paciente en cuya intervención se grapó de forma accidental la sonda nasogástrica durante la confección del reservorio gástrico y la resolución de dicha complicación intraoperatoriamente con liberación de la misma (tanto del reservorio gástrico como del estómago excluido) mediante disección con el bisturí ultrasónico. El grapado de la sonda nasogástrica durante el by-pass gástrico laparoscópico es una complicación no deseada pero a tener en cuenta. Es de vital importancia la adecuada comunicación del equipo dentro del quirófano, sobre todo entre el cirujano bariátrico y el anestesiista. La resolución de este tipo de complicación intraoperatoria puede resultar un verdadero reto para el cirujano y consideramos esencial que este tipo de cirugías se realicen por grupos con experiencia.

Palabras clave: Obesidad mórbida; By-pass Gástrico Laparoscópico; Sonda Nasogástrica.

Abstract: The most efficacious therapy for morbid obesity today is metabolic/bariatric surgery ^{1,2,3,4} and the most commonly performed procedure was Roux-en-Y gastric bypass (RYGB)(46.6 %)in 2011³. This procedure is associated with a significant learning curve and, even in expert hands, can be associated with complications. Stapling of the nasogastric tube during the performance of gastrojejunal anastomosis is an unusual and dreaded complication in bariatric surgery⁵. We report the case of a patient whose intervention the nasogastric tube is accidentally stapled during the performance of the gastric pouch and the resolution of this complication intraoperatively releasing thereof (both gastric pouch and the excluded stomach) with the ultrasonic device. Nasogastric tube complications can occur during laparoscopic RYGBP. Prevention strategies must include constant communication with the anesthesiologist and removal or manipulation of an NGT prior to stapling or suturing⁹.

Introducción

La terapia más eficaz para la obesidad mórbida es la cirugía bariátrica y metabólica ^{1,2,3,4} y el by-pass gástrico en Y de Roux fue la técnica quirúrgica más frecuentemente realizada (46,6% de los procedimientos bariátricos) en el año 2011 ³.

El bypass gástrico consiste en la confección de un pequeño reservorio gástrico de unos 25-30 ml usando grapadoras lineales con una reconstrucción gastroyeyunal en Y de Roux que puede ser manual o mecánica, lineal o circular ⁶.

Con la evidencia científica actual, el bypass gástrico es la técnica bariátrica de elección, ya que es reversible, tiene una morbimortalidad baja y un bienestar postoperatorio bueno, con pérdidas de peso del 60-70% del sobrepeso a largo plazo ^{6,7}.

A pesar de que el conocimiento sobre las complicaciones postoperatorias de la cirugía bariátrica ha mejorado mucho, mucho menores son las

publicaciones en relación a los eventos adversos intraoperatorios (incidencia, resolución y secuelas) ⁸.

El grapado de la sonda nasogástrica durante la creación del reservorio gástrico o de la anastomosis gastroyeyunal es una complicación y poco publicada de la cirugía bariátrica ⁵.

Material y métodos

Mujer de 39 años con antecedentes personales de Obesidad Mórbida (IMC 45 Kg/m²), Síndrome del ovario poliquístico y carcinoma papilar de tiroides tratado con tiroidectomía total.

Tras valoración en la consulta externa de la Unidad de Cirugía Bariátrica previo cumplimiento del protocolo preoperatorio de la Unidad Médico-Quirúrgica de Obesidad de nuestra institución, se propone cirugía bariátrica (By-pass gástrico laparoscópico).



Resultados

La paciente es intervenida en Noviembre de 2014. Se realiza by-pass gástrico laparoscópico en cuya intervención se produce de forma accidental el grapado de la sonda nasogástrica durante la confección del reservorio gástrico. Se resuelve intraoperatoriamente con liberación de la misma (tanto del reservorio gástrico como del estómago excluido) mediante disección con el bisturí ultrasónico.

Evoluciona satisfactoriamente realizándose el EGD de control al 4º día postoperatorio según el protocolo de la Unidad.

Discusión

El creciente número de procedimientos bariátricos irá asociado a un aumento en el número de complicaciones. La creación del reservorio gástrico y de la anastomosis gastroyeyunal, son uno de los pasos fundamentales en el by-pass gástrico laparoscópico, y que pueden asociar complicaciones como el fallo la endograpadora o el grapado accidental de la sonda nasogástrica ⁵.

La incidencia real de las complicaciones intraoperatorias relacionadas con la sonda nasogástrica es desconocida a pesar de que pueden asociar morbilidad postoperatoria significativa. El grapado de la sonda nasogástrica precisa de reconocimiento y tratamiento intraoperatorio que puede consistir en disección y liberación de la sonda y tejido gástrico incluidos, conversión a cirugía abierta con reparación y sutura de los defectos, drenajes intraabdominales, colocación de una nueva sonda a través de la anastomosis gastroyeyunal, gastrostomía descompresiva en el estómago excluido y nutrición parenteral ⁹.

En nuestro caso pudimos disecar y liberar la sonda nasogástrica tanto del reservorio como del estómago excluido y continuar con el procedimiento según la técnica habitual.

Un aspecto importante para obtener un buen resultado postoperatorio es el diagnóstico precoz y control de la situación en el quirófano ⁵.

Existen signos intraoperatorios que pueden alertar al cirujano sobre los eventos adversos relacionados con la sonda nasogástrica como son: fallo de la endograpadora, deformidad del tejido en la línea de grapas, necesidad de realizar excesiva fuerza para

cerrar/disparar la endograpadora, sangrado excesivo de la línea de grapas, imposibilidad de retirar la sonda nasogástrica al finalizar el grapado o la anastomosis ^{9, 10}.

El mejor tratamiento de las complicaciones es la prevención. Las estrategias de prevención incluyen quitar la sonda nasogástrica previamente al grapado en la confección del reservorio gástrico y retirarla durante la anastomosis gastroyeyunal pero la estrategia más importante es la comunicación entre todos los miembros del equipo que participa en la operación ⁹. La comunicación activa con el anestesista para asegurar que la sonda está completamente retirada o se moviliza bien al grapar es fundamental ^{5, 9, 10}.

Conclusiones

La cirugía bariátrica no está exenta de complicaciones. El cirujano bariátrico en ocasiones debe enfrentarse a complicaciones intraoperatorias que pueden considerarse un auténtico reto. Se deben hacer grandes esfuerzos para mitigar este tipo de complicaciones implementando protocolos y estrategias de prevención. Consideramos esencial que este tipo de cirugía se realice por grupos con experiencia

Bibliografía

1. Murgüerza Huguet JM, Martín Duce A, Rodríguez Pascual A, Díez Alonso M. Clasificación, epidemiología y fisiopatología de la obesidad. Guía Clínica de Cirugía de la Obesidad. 2ª Edición. AEC.
2. Buchwald et al. Bariatric Surgery; A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA, October 13, 2004- Vol 292, nº 14.
3. Buchwald H, Oien DM. Metabolic/Bariatric Surgery Worldwide 2011. OBES SURG (2013) 23:427-436.
4. Perioperative Safety in the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery. The Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS) Consortium. N Eng J Med 361;5 (July 2009) 445-454.
5. Higa G, Szomstein S, Rosenthal R. Stapling of orogastric tube during gastrojejunal anastomosis: an unusual complication after conversion of sleeve gastrectomy to laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass.



Surgery for Obesity and Related Diseases 8
(2012) 116-118

6. Frutos Bernal MD, Luján Mompeán JA, Parrilla Paricio P. Capítulo 14: Actitud ante el paciente con cirugía bariátrica en urgencias. I Curso avanzado en Cirugía Bariátrica y Metabólica. SECO 2014.
7. Frutos Bernal MD, Luján Mompeán JA. Bypass gástrico. Guía Clínica de Cirugía de la Obesidad. 2ª Edición. AEC.
8. Greenstein AJ et al. Prevalence of Adverse Intraoperative Events during Obesity Surgery and Their Sequelae. J Am Coll Surg. 2012 August; 215 (2):271-7.e3
9. Sanchez BS et al. Orogastic Tube Complications in Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass. Obesity Surgery 16 (2006) 443-447
10. Abu-Gazala S, Donchin Y, Keidar A. Nasogastric tube, temperature probe, and bougie stapling during bariatric surgery: a multicenter survey. Surgery for Obesity and Related Diseases 8 (2012) 595-601