

Caso Clínico

Hemorragia digestiva alta como complicación hemorrágica en la Gastrectomía vertical.**Upper gastrointestinal bleeding as hemorrhage complication in a laparoscopic Sleeve Gastrectomy.**

M^a de Los Angeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García, Susana Roldan Ortíz, Mercedes Fornell Ariza, Saray Ayllon Gámez, Catalina Peña Barturen, Eva Maria Sancho Maraver, Jose Luis Fernandez Serrano.

Cirugía General Hospital Universitario Puerta del Mar de Cadiz. ✉ marimayoo@gmail.com

Resumen: La gastrectomía vertical laparoscópica está ganando popularidad como técnica bariátrica dada su engañosa simplicidad. La complicación mas temida es la fuga, siendo la hemorragia digestiva alta una complicación raramente descrita, pero a tener en cuenta en el postoperatorio de estos pacientes. Paciente de 43 años intervenida por obesidad mórbida realizándose una gastrectomía vertical que en el postoperatorio inmediato presentó una HDA sin repercusión hemodinámica ni otra clínica, precisando transfusión de 2 concentrados de hematíes. Ante la estabilidad hemodinámica se decide realización de EDA con baja presión y se opta por manejo con medidas conservadoras con buena evolución. No se identificó fuga y el sangrado fue intraluminal y estaba en relación con la línea de grapado. Por tanto en los casos de pacientes hemodinamicamente estables el manejo debe ser igual al de cualquier hemorragia digestiva alta postoperatoria tras cirugía gástrica, siendo la endoscopia digestiva alta una técnica tanto diagnóstica como terapéutica de elección en estos casos con adecuados resultados.

Palabras clave: Gastrectomía vertical, Sangrado, Complicaciones hemorrágicas, Refuerzo línea de grapas.

Abstract: The laparoscopic sleeve gastrectomy is gaining popularity as Bariatric technic given its deceptive simplicity. Leak is most feared complication, being the upper gastrointestinal bleeding, a rarely de-scribed complication, but to take account in the postoperative period of these patients. Patient 43 years intervened by morbid obesity performing a laparoscopic sleeve gastrectomy who presented an upper gastrointestinal bleeding without hemodynamic repercussion or another clinic in the immediate postoperative period. We performed upper digestive endoscopy with low pressure and conservative measures with good management. She has intraluminal bleeding was in relation to the staple line. Therefore in stable patients cases handling must be equal to the of any upper postoperative gastrointestinal bleeding after gastric surgery, being the upper endoscopy both diagnostic and therapeutic technique of choice in these cases with adequate results.

Keywords: Sleeve gastrectomy, Bleeding, Hemorrhagic complications, Staple line reinforcement

Introducción

La gastrectomía vertical se introdujo como técnica bariátrica en los años 90 como primera maniobra de la diversión biliopancreática con cruce duodenal ⁽¹⁾. A partir del 2000 algunos cirujanos la empezaron a emplear como único procedimiento quirúrgico para la obesidad mórbida, pero con preocupación referente a los resultados a largo plazo ⁽²⁾.

Actualmente está ganando popularidad como técnica bariátrica, fundamentalmente debido a su aparente simplicidad, y a sus principales beneficios, que incluyen: mantenimiento de la continuidad gastrointestinal, ausencia de cuerpo extraño, la falta de

mala absorción, y una buena opción de conversión a múltiples procedimientos bariátricos. los resultados a mediano plazo son generalmente buenos, aunque algunos autores refieren recuperación ponderal tras de 3 años de la cirugía ⁽³⁾. Las complicaciones después de la gastrectomía vertical pueden ser graves y, en ocasiones, mortales. La hemorragia y las fugas se relacionan con una línea de sección gástrica por grapado larga, cruce de la línea de grapas, y una alteración de la presión intragástrica ⁽²⁾. El sangrado de la línea de grapas después de gastrectomía vertical se presenta en 1 a 2% de los pacientes ⁽³⁾. A pesar de que esta complicación es menos grave que una fuga de la línea de grapas, algunos pacientes pueden requerir

transfusión de sangre y / o re-exploración quirúrgica [4].

La hemorragia digestiva alta precoz (definida como aquella que ocurre antes de las 2 semanas tras la cirugía bariátrica) presenta una incidencia variable, entre 0,6 y 4% y es una de las complicaciones más frecuentes asociadas al bypass gástrico en comparación con otras técnicas como gastrectomía vertical o la banda gástrica y generalmente su origen se encuentra en la anastomosis gastroyunal (5).

No es fácil precisar la causa y evolución del sangrado, por lo que en determinados casos se requiere de una endoscopia que permita localizar y tratar el origen del sangrado, siendo su uso, en el postoperatorio inmediato, controvertido y complejo por el riesgo de dehiscencia o perforación, con unos estudios publicados muy limitados y dispares (6).

Presentamos el caso de un paciente de 43 años intervenida mediante gastrectomía vertical que en el postoperatorio inmediato presentó una hemorragia digestiva alta, que se manejó conservadoramente mediante sueroterapia, retirada de heparina de bajo peso molecular y medidas de estabilización hemodinámica siendo diagnosticada mediante endoscopia digestiva alta.

Material y método:

Caso clínico:

Paciente de 43 años con obesidad mórbida IMC 52, 9 kg/m² (peso 162, Talla 175), con antecedentes personales de Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, SAOS y síndrome metabólico. Tras valoración en comité multidisciplinar se decide intervención quirúrgica y se propone gastrectomía vertical laparoscópica a según protocolo de nuestro centro. Se interviene por abordaje laparoscópico convencional con 5 puertos, y se realiza gastrectomía vertical calibrada con sonda de 34 frenchs, iniciando la sección a 6 cm del píloro. Empleamos para la realización de la misma endocortadora Echelon flex Powered ® de 60mm, protegida con SeamguardSeamguard® sin incidencias intraoperatorias (figura nº1). Empleamos la primera carga verde para la sección del antro y proseguimos la gastrectomía con cargas amarillas. Dejamos drenaje aspirativo para control de sangrado en el post-operatorio inmediato. Se realiza profilaxis tromboembólica con heparina de bajo peso molecular así como compresión neumática intermitente.

Resultados

En el postoperatorio inmediato (24h), presenta dos episodios de hematemesis franca de escasa cuantía sin repercusión hemodinámica que se autolimitan y sin descenso significativo de la hemoglobina por lo que se decide observar evolución. A las 48 horas y tras iniciar tolerancia oral, el paciente presenta melenas con descenso del hematocrito en 4 puntos (Hg previa 11,9 gr./dl) sin repercusión hemodinámica ni otra clínica, precisando transfusión de 2 concentrados de hemáties. Ante la estabilidad hemodinámica y persistencia de la clínica se decide realización de endoscopia digestiva alta con baja presión identificándose coágulo en zona más distal de la sutura de la gastrectomía, a nivel de antro, pero sin sangrado activo. Se opta por manejo conservador, dejando al paciente a dieta absoluta, con sueroterapia e inhibidores de la bomba de protones en perfusión y se retira la profilaxis con heparina de bajo peso molecular pero se deja la compresión neumática intermitente hasta completa deambulacion.

El paciente evoluciona favorablemente, tolera dieta y es dado de alta al 5º día Postoperatorio sin incidencias. Revisado a los 15 días, a 1 mes y no refiere más episodios de melenas y la hemoglobina permanece estable, refiere adecuada tolerancia oral.

Discusión

Las complicaciones hemorrágicas tras la gastrectomía vertical más frecuentes se relacionan con el sangrado de la línea de grapas (descrito en el 2-3% de los casos (9) o heridas hepáticas, del bazo o arterias epigástrica (10,11). En la mayoría de los casos, el sangrado se produce dentro de las primeras 48h postoperatorias. El sangrado gastrointestinal es raro, y suele estar relacionado con la presencia de una fuga y en raras ocasiones secundaria a un pseudoaneurisma (12).

Aparte de causas mecánicas, el sangrado postoperatorio puede ser debido a la ingesta de fármacos y / o la patología previa del paciente. También puede ocurrir por el uso de heparina de bajo peso molecular (HBPM) como profilaxis de la trombosis venosa profunda (TVP) [13]. El sitio de sangrado puede ser de la línea de grapas, de la herida del trocar, o del epiplon. Sin embargo, es difícil determinar el sitio exacto incluso cuando se reinterviene el paciente. A menudo se emplean drenajes para ayudar al diagnóstico de hemorragia intraabdominal y de fugas en el postoperatorio inmediato. Sin embargo, los drenajes pueden ser irritantes para los pacientes y algunos ensayos controlados aleatorizados no han demostrado ningún beneficio [14].

El papel de la Endoscopia Digestiva alta es a veces limitado por no poder localizar la causa de la

hemorragia, pero en caso de presentar fuga o hemorragia activa puede ser diagnóstica y terapéutica, aunque en el momento actual su uso es controvertido en el postoperatorio inmediato⁽⁶⁾. La mayoría de los pacientes con sangrado intraluminal pueden ser manejados de forma conservadora y no precisan reintervención quirúrgica. En el caso de nuestro paciente no se identificó fuga y en el momento de la endoscopia el sangrado no era activo y estaba en relación con la línea de grapado intraluminal cercana a la zona del antro. Como medidas conservadoras se retiró la heparina de bajo peso, pero no la compresión neumática intermitente y se administraron hemoderivados, consiguiendo el restablecimiento y sin necesidad de reintervención quirúrgica.

Conclusiones

Ante una hemorragia digestiva alta en un paciente intervenido de cirugía bariátrica, mediante gastrectomía vertical y hemodinámicamente estable, el manejo debe ser conservador mediante medidas de soporte (retirada de heparina de bajo peso molecular, transfusión etc.) ya que en más del 95% de los pacientes remiten de forma espontánea. Según las recomendaciones de las urgencias bariátricas de la AMSBS (15) se realiza endoscopia cuando existe un sangrado abundante con transfusión continuada durante más de 6 horas e inestabilidad hemodinámica, debiendo ser realizada a baja presión y por endoscopistas expertos (16). Sin embargo, este procedimiento no está exento de riesgos en el postoperatorio inmediato. Por lo tanto, es importante un equipo multidisciplinario y una estrecha comunicación entre cirujanos y endoscopistas para el manejo de esta grave complicación (16).

Bibliografía

1. Marceau P, Biron S, Bourque RA, Potvin M, Hould FS, Simard S. Biliopancreatic diversion with a new type of gastrectomy. *Obes Surg.* 1993;3(1):29–35.
2. Gumbs AA, Gagner M, Dakin G, Pomp A. Sleeve gastrectomy for morbid obesity. *Obes Surg.* 2007;17(7):962–9.
3. Himpens J, Dobbeleir J, Peeters G. Long-term results of laparoscopic sleeve gastrectomy for obesity. *Ann Surg.* 2010;252(2):319–24.
4. Mittermair R, Sucher R, Perathoner A. Results and complications after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Surg Today.* 2014;44:1307–12.
5. Himpens J, Dapri G, Cadière GB. A prospective randomized study between laparoscopic gastric banding and laparoscopic isolated sleeve gastrectomy: results after 1 and 3 years. *Obes Surg.* 2006;16:1450–6.
6. Consten EC, Gagner M, Pomp A, Inabnet WB. Decreased bleeding after laparoscopic sleeve gastrectomy with or without duodenal switch for morbid obesity using a stapled buttressed absorbable polymer membrane. *Obes Surg.* 2004;14:1360–6.
7. Ferreira LE, Song LM, Baron TH. Management of acute postoperative hemorrhage in the bariatric patient. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2011;21:287–94.
8. Tang SJ, Rivas H, Tang L, Lara LF, Sreenarasimhaiah J, Rockey DC. Endoscopic hemostasis using endoclip in early gastrointestinal hemorrhage after gastric bypass surgery. *Obes Surg.* 2007;17:1261–7.
9. Albanopoulos K, Alevizos L, Linardoutsos D, Menenakos E, Stamou K, Vlachos K, Zografos G, Leandros E (Routine abdominal drains after laparoscopic sleeve gastrectomy: a retrospective review of 353 patients. *Obes Surg* 2011:687–691
10. Hamoui N, Anthone GJ, Kaufman HS, Crookes PF. Sleeve gastrectomy in the high-risk patients. *Obes Surg.* 2006;14:1445–1449 25.
11. Baltasar A, Serra C, Perez N, Bou R, Bengochea M, Ferri L. Laparoscopic sleeve gastrectomy: a multi-purpose bariatric operation. *Obes Surg.* 2005;11:124–128
12. Lionel Rebibo, David Fuks, Christelle Blot, Brice Robert, Pierre-Olivier Boulet, Abdennaceur Dhahri, Pierre Verhaeghe, Jean-Marc Regimbeau. Gastrointestinal bleeding complication of gastric fistula after sleeve gastrectomy: consider pseudoaneurysms. *Surg Endosc.* 2013; 27:2849–2855

13. Ojo P, Asiyanbola B, Valin E, Reinhold R. Post discharge prophylactic anticoagulation in gas-tric bypass patient-how safe? *Obes Surg.* 2008;18:791-6. doi:10.1007/s11695-007-9382-x.
14. Alvarez Uslar R, Molina H, Torres O, Cancino A. Total gastrectomy with or without abdominal drains. A prospective randomized trial. *Rev Esp Enferm Dig.* 2005;97:562-9.
15. García-García ML, Martín-Lorenzo JG, Torralba-Martínez JA, Lirón-Ruiz R, Miguel Perelló J, Flores Pastor B et al. Endoscopia urgente por hemorragia digestiva tras cirugía bariátrica. Algoritmo terapéutico. *Cir Esp* 2015; 93(2): 97-104.
16. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery Position Statement on Emergency Care of Patients with Complications Related to Bariatric Surgery. *SOAD.* 2009, Volume 6 , Issue 2 , 115 - 117