

Caso Clínico

Fístula persistente en gastrectomía vertical, una complicación de difícil resolución**Persistent fistula in vertical gastrectomy, a complication of difficult resolution**

Marta Allué-Cabañuz¹, Ana Cristina Navarro-Gonzalo¹, Alba Hernández-Arzozi¹, Ana Navarro-Barlés¹, Manuela Elía-Guedea¹, Miguel Ángel Bielsa-Rodrigo¹

(1) Servicio de Cirugía General del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza) ✉ martitaallue@hotmail.com

Resumen: Introducción: La fístula de la línea de grapado es la complicación más temida de la gastroplastia vertical (GV). Existen técnicas mínimamente invasivas para su tratamiento aunque suele requerir cirugía. **Material y métodos:** Paciente intervenida mediante GV que presentó fístula persistente y tras diversas estrategias terapéuticas, requirió conversión a bypass gástrico (BPG) **Resultados:** Mujer 25 años (IMC 47). Un mes tras GV presenta fístula en unión esofagogástrica. Tras dos reintervenciones para drenar colecciones y colocación de prótesis esofágica es posible la reintroducción de dieta y alta hospitalaria. En control ambulatorio el tránsito evidencia persistencia de fístula. Se intentan tratamientos endoscópicos; Pegamentos, clip OVESCO, cierres percutáneos... pero presenta fiebre y estudios de imagen confirman persistencia de la fístula. Se coloca nueva endoprótesis que fracasa. Se plantea cirugía de conversión a BPG con gastrectomía parcial de cuerpo y plastia yeyunal de cobertura de la sutura de la fístula. La evolución fue favorable, actualmente asintomática, buena calidad de vida y peso de 80 kg. **Conclusiones:** El manejo se basa en la sospecha diagnóstica. Técnicas mínimamente pueden ser válidas como tratamiento precoz, pero una fístula refractaria estable necesitará normalmente tratamiento quirúrgico reconstructivo que disminuya la presión intragástrica. En este caso la conversión a BPG resultó efectiva.

Palabras clave: Gastroplastia vertical. Complicación postoperatoria. Fístula persistente

Abstract: Introduction: Stapled line fistula in vertical gastroplasty is one of the most important complications. Different minimal invasive techniques had been described but surgery is usually needed. **Material and methods** Clinic case of patient undergoing vertical gastroplasty that presents persistent fistula, after different treatments a conversion to a gastric bypass was needed. **Results:** 25 year old woman BMI: 47kg/m²). One month after vertical gastroplasty showed a fistula at oesofagous-gastric union. After drainage collections twice and a oesophagus prothesis, diet was reintroduced and was discharged. On ambulatory control persistence fistula was evidenced. After different endoscopic treatments: Gluebran injection, OVESCO clip, and percutaneous closed system... the patient had a new fever episode and persistence of fistula. New endoprothesis was inserted, but after a new failure surgery was planned. Gastric bypass with partial gastrectomy and jejunal plasty for fistula cover. Favourable evolution, asymptomatic, and lost of 80kg. **Conclusion:** Management of this type of complication is based on diagnosis suspicion. Endoprothesis and other endoscopy techniques can be valid as early treatments, although, a refractory fistula will probably need a surgery treatment in order to decrease intragastric pressure. In this case gastric bypass was effective.

Keywords: Vertical gastroplasty. Postoperative complication. Persistent fistula

Introducción

La Gastrectomía Vertical (GV) es una de las técnicas de cirugía bariátrica más realizada, por sus buenos resultados de pérdida de peso y supuesta simplicidad técnica, aunque no esta exenta de complicaciones perioperatorias.

Las complicaciones más frecuentes tras GV son el sangrado de la línea de sutura y las fugas de la línea de grapado. La incidencia global de estas últimas varía entre un 0.5 y un 5% ⁽¹⁾ y constituyen una complicación grave con una mortalidad de hasta el 35%.^(1,2) Un estudio multicéntrico centrado en la GV reportaba un 3,66% de fístula de línea de grapado ⁽³⁾. Además el diagnóstico precoz es difícil por la ausencia de

síntomas específicos y por la menor sensibilidad de las pruebas de imagen en los pacientes obesos.

En la GV casi el 90% de las fugas afectan al tercio proximal del estómago, cerca del ángulo de His ⁽¹⁾ y pueden ser agudas (si ocurren en la primera semana postoperatoria), tempranas (hasta la sexta semana), tardías (hasta la duodécima semana) o crónicas (después de este tiempo).

Es fundamental en el tratamiento de las fugas postoperatorias el drenaje, la nutrición artificial y la cobertura antibiótica. La cirugía constituye el pilar principal para los pacientes con signos de sepsis y/o inestabilidad hemodinámica ⁽⁴⁾ y además nos permite reparar el defecto en el caso de fugas agudas y colocar sondas de yeyunostomía, para alimentación enteral, que puede ser iniciada tempranamente ⁽⁵⁾

Por el contrario en pacientes estables, con fugas contenidas o más tardías se impone el tratamiento conservador mediante drenaje percutáneo, con resolución de la fuga hasta en un 97% de los casos tras una mediana de 17 días de tratamiento en algunos estudios. ⁽⁶⁾

En el tratamiento conservador se emplean cada vez más, métodos endoscópicos de sellado y drenaje, como las prótesis autoexpandibles cubiertas que permiten un sellado rápido permitiendo al paciente alimentarse por vía oral ⁽⁷⁾, siendo la migración la mayor complicación hasta en un 30% ⁽⁸⁾, y requiriendo retirada posterior a las 6-8 semanas. El sistema de clip endoscópico montado sobre el endoscopio (OVESCO) logra una efectividad del 90% en perforaciones agudas, del 68% en fugas postoperatorias y del 59% en fístulas crónicas ⁽⁹⁾. También se pueden emplear adhesivos tisulares de fibrina, etc. ⁽⁹⁾

Material y método:

Caso clínico:

Mujer de 25 años, antecedentes de litiasis renal e HTA, IMC 47, 123 kg, intervenida mediante gastrectomía vertical laparoscópica. Un mes después presentó fiebre y dolor abdominal. Se realizó TC y tránsito esofagogastroduodenal, no identificando fuga, pero ante la mala situación clínica se indica cirugía urgente. Mediante abordaje laparoscópico, se objetivó colección purulenta periesplénica que se drenó, sin apreciarse intraoperatoriamente fuga de colorante, administrado por vía oral. Un tránsito postoperatorio confirma fístula a nivel de unión esofagagástrica (Figura 1) por lo que se coloca prótesis esofágica cubierta (WallFlex de 15 cm).

A pesar de esto, persiste dolor abdominal y taquicardia, y se realiza un nuevo TAC que informa colecciones abscesificadas y abundante líquido intraabdominal, por lo que se reinterviene mediante laparotomía, encontrando colección abscesificada y hematoma periesplénico. Se realiza esplenectomía, lavado y colocación drenajes. La evolución posterior es favorable, retirándose la prótesis y los drenajes paulatinamente.

Un nuevo TAC objetiva persistencia de la fístula, que la endoscopia sitúa inmediatamente postcardial, se coloca nueva endoprótesis cubierta (Figura 2).



Figura 1. Transito esofagogástrico: fístula a nivel de unión esofagagástrica



Figura 2. Colocación de prótesis tras confirmar persistencia de fístula

La paciente presenta buena evolución con reintroducción de dieta oral y alta hospitalaria con posterior retirada de prótesis.

En un control ambulatorio posterior se realiza nuevo tránsito que evidencia la persistencia de la fistula. Se realiza inyección endoscópica de pegamento Gluebran obteniendo un sellado eficaz inicialmente, con fracaso posterior. En un nuevo intento endoscópico, se coloca clip OVESCO englobando la totalidad del orificio fistuloso (Figura 3), pero en días posteriores resulta ineficaz, con empeoramiento clínico y confirmación radiológica

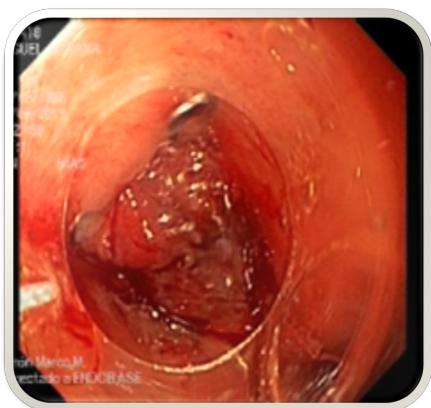


Figura 3. Cierre de orificio percutáneo mediante sistema OVESCO

En un intento posterior se coloca dispositivo Amplatzer de cierre percutáneo (Figura 4) pero la paciente presenta nuevo episodio de fiebre.



Figura 4. Cierre percutáneo de orificio fistuloso mediante dispositivo Amplatzer

Posteriormente, nuevos estudios de imagen confirman la persistencia de la fistula y ante la complejidad de una reintervención, se decide colocar nueva endoprótesis, con buen resultado a corto plazo pero que fracasó meses después, por lo que se planifica cirugía de conversión, 19 meses tras la GV.

Resultados

Se interviene mediante laparotomía pudiendo visualizar trayecto fistuloso, 3 cm bajo el ángulo de His. Se realiza Friedrich, sutura biplano del orificio y conversión a Bypass Gástrico con asa alimentaria de 200cm, asociando gastrectomía parcial de cuerpo y plastia yeyunal de cobertura de la sutura de la fistula. La evolución fue favorable, con buen paso y sin fuga en tránsito, dando el alta al 7º día postoperatorio. Actualmente buena calidad de vida y peso de 80 kg.

Discusión

Como ocurrió en este caso, las fistulas suelen aparecer cuando el paciente está en su domicilio, y suelen debutar con fiebre y sin dolor abdominal por lo que una sospecha precoz es fundamental. El manejo depende de la situación del paciente; en caso de inestabilidad es obligado el tratamiento quirúrgico como se llevo a cabo en este caso, realizando desbridamiento y sutura del orificio fistuloso. Sin embargo algunos autores defienden que cualquier acto quirúrgico sobre la fistula, si esta es aguda, está destinado al fracaso (10)

Se puede optar por el tratamiento conservador, como hicimos en el caso de esta paciente una vez se encontraba estable, pero el tratamiento conservador no siempre tiene buen resultado y puede cronificarse durante meses (11).

Cuando el tratamiento conservador fracasa, la mayoría de autores defienden la utilización de endoprótesis (10). Se han descrito casos en que no se logra el cierre primario de la fuga, pudiendo colocarse una segunda prótesis (8) y asociar otras medidas como la aplicación de clips o adhesivos (9) Aún así, cerca del 9% de los pacientes requerirá cirugía como tratamiento definitivo, ya que el tratamiento con stents de las fugas tardías y de las que persisten más de 6 semanas con débito mantenido tiene una escasa probabilidad de éxito.

Conclusiones:

La fistula tras GV es una complicación cuyo manejo debe basarse en la sospecha diagnóstica. El uso de endoprótesis y otras técnicas endoscópicas pueden ser válidas, como tratamiento precoz, sin embargo una

fistula refractaria necesitará normalmente un tratamiento quirúrgico reconstructivo que disminuya la presión intragástrica; en este caso la conversión a by-pass gástrico resultó efectiva ⁽¹²⁾

Bibliografía

1. Podnos Y, Jimenez J, Wilson S, et al. Complications after gastric bypass. Arch Surg 2003;138:957-61.
2. Kriwanek S, Ott N, Ali-Abdullah S, et al. Treatment of gastrojejunal leakage and fistulization after gastric bypass with coated self-expanding stents. Obes Surg 2006;16:1669-74.
3. Nocca D, Krawczykowsky D, Bomans B, Noel P, Picot MC, Blanc PM, et al. A prospective multicenter study of 163 sleeve gastrectomies: results at 1 and 2 years. Obes Surg 2008;18:560-5.
4. Farahmand M, Deveney CW, Deveney KE, Crass RA, Sheppard BC, McConnell DB. Gastrectomy for complications of bariatric procedures. Obes Surg 1996;6:351-5.
5. Hori S, Ochiai T, Gunji Y, Hayashi H, Suzuki T. A prospective randomized trial of hand-sutured versus mechanically stapled anastomoses for gastroduodenostomy after distal gastrectomy. Gastric Cancer 2004;7:24-30.
6. Ferrer-Márquez. M. Dificultades del manejo de la fistula gástrica tras Gastrectomía Vertical Laparoscópica. 2006 BMI 3.2.4 (93-95)
7. Eubanks, Steve et al. Use of Endoscopic Stents to Treat Anastomotic Complications after Bariatric Surgery. Journal of the American College of Surgeons , Volume 206 , Issue 5 , 935 – 938.
8. Fukumoto R, Orlina J, McGinty J, Teixeira J. Use of Polyflex stents in treatment of acute esophageal leaks after bariatric surgery. Surg Obes Relat Dis 2006;2:570-2.
9. Papavramidis ST, Eleftheriodis EE, Papavramidis TS, et al. Endoscopic management of gastrocutaneous fistula after bariatric surgery by using a fibrin sealant. Gastrointest Endosc 2004;59:296-300
10. Aretxabala X, Leon J, Wiedmaier G, Turu I, Ovalle C, Maluenda F. Gastric leak after sleeve gastrectomy: analysis of its management. Obes Surg. 2011 Aug;21(8):1232-7.
11. Casella G, Soricelli E, Rizello M, Trentino, Fiocca F, Fantini A, et al. Nonsurgical treatment of staple line leaks after laparoscopic sleeve gastrectomy. Obes Surg 2009;19:821-6
12. Tan JT, Kariyawasam S, Wijeratne T, Chandraratna HS. Diagnosis and management of gastric leaks after laparoscopic sleeve gastrectomy for morbid obesity. Obes Surg 2010 Apr;20(4):403