

## **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](mailto: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 <sup>(1)</sup>. 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 <sup>(1)</sup>. 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% <sup>(2)</sup>. 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 <sup>(1,3)</sup>. 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 <sup>(2)</sup>. 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 <sup>(1)</sup>. 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 <sup>(1)</sup>. 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 <sup>(1)</sup>. 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% <sup>(1)</sup>. 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% <sup>(6)</sup>. 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 <sup>(1,2)</sup>. La fístula es la principal complicación y una de las más graves en cirugía bariátrica por lo que es fundamental su diagnóstico precoz <sup>(1)</sup>. El tratamiento puede ser endoscópico o quirúrgico. La estenosis de la anastomosis gastroyeyunal aparece entre el 1-20% de los casos <sup>(1,3,5)</sup>. 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.