

**Tratamiento de fístulas gastro-gástricas tras by-pass gástrico laparoscópico en Y de Roux: experiencia en nuestro centro**

**Treatment of gastro-gastric fistula after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: experience in our center**

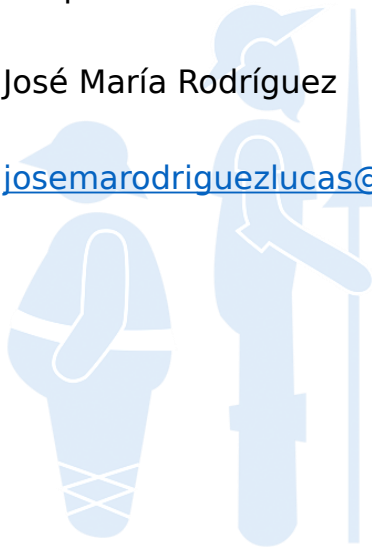
**Tratamiento de fístulas gastro-gástricas tras by-pass gástrico laparoscópico en Y de Roux: experiencia en nuestro centro**

José María Rodríguez, Sergio Rodrigo Del Valle, María Encarnación Rodríguez, María Belén Agea, Isabel María Jiménez, María Valero, Francisco Miguel González

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

José María Rodríguez

[josemarrodriguezlucas@gmail.com](mailto:josemarrodriguezlucas@gmail.com)



bmi journal  
seco-seedo

## Tratamiento de fístulas gastro-gástricas tras by-pass gástrico laparoscópico en Y de Roux: experiencia en nuestro centro

### Resumen

La fístula gastrogástrica (FGG) es una complicación poco frecuente en la cirugía bariátrica. Exponemos la experiencia en el tratamiento quirúrgico de las FGG en la Unidad de Cirugía Bariátrica de nuestro hospital. Nuestra serie consta de 4 casos. Todos los pacientes fueron diagnosticados tras pruebas de imagen ante la presencia de síntomas inespecíficos de dolor abdominal, molestias epigástricas o náuseas y vómitos. La reganancia de peso o no perder peso tras la realización de un bypass gástrico laparoscópico (BGLP) es un síntoma que nos debe alertar de la presencia de una FGG, pero ninguno de nuestros pacientes de la serie lo presentó. Tras la cirugía una paciente fue reintervenida en el postoperatorio inmediato para la reparación definitiva de una FGG que había pasado inadvertida en la primera intervención y otro presentó una evolución tórpida con múltiples reintervenciones. El desarrollo de FGG está relacionada con un tamaño grande del reservorio, la presencia de *Helicobacter pylori* (*Hp*) el consumo de alcohol y el hábito tabáquico. Su tratamiento preventivo se basa en la eliminación de estos factores de riesgo. El tratamiento quirúrgico se basa en la resección del trayecto fistuloso asociando o no reajuste de reservorio y/o reconstrucción de la anastomosis gastroyeyunal.

**Palabras clave:** bypass gástrico, fístula gástrica, tratamiento quirúrgico

## **Introducción**

La FGG es una complicación infrecuente en los pacientes con BPGL. Con la mejoría de la técnica laparoscópica y de las endograpadoras la incidencia de FGG ha disminuido en torno al 1% de los casos según las series. (1, 2)

Su tratamiento preventivo se trata en eliminar los factores de riesgo. Los pacientes diagnosticados de FGG con sintomatología leve se podría iniciar con tratamiento conservador, pero el tratamiento definitivo de esta patología es la intervención quirúrgica. <sup>(3)</sup>

Debido a la poca casuística de esta enfermedad y de los riesgos de la cirugía reparadora, la decisión de someter a un paciente con un BPGL a una reintervención es compleja.

El propósito de nuestro estudio es analizar el resultado de la experiencia inicial en el tratamiento quirúrgico de los pacientes con FGG sintomáticas por ello, presentamos los casos de FGG tras la realización de un BPGL que han requerido reintervención quirúrgica y su evolución posterior.

## **Material y método**

Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo con los pacientes con un BPGL que en el seguimiento postoperatorio han desarrollado una FGG que ha requerido tratamiento quirúrgico para su reparación por la Unidad de Cirugía Bariátrica de nuestro centro hospitalario.

Para ello recogemos los datos principales de sus historias clínicas como edad, sexo, IMC preoperatorio y postoperatorio, factores de riesgo, síntomas, pruebas complementarias para el diagnóstico de FGG, hallazgos intraoperatorios y evolución postoperatoria.

Todos estos datos estaban disponibles en los informes de consulta de la Unidad Bariátrica, informes de alta hospitalaria y protocolos quirúrgicos de las historias clínicas de los pacientes.

## **Resultados**

A continuación, exponemos los casos de los 4 pacientes que han precisado cirugía en nuestro centro para la reparación de FGG:

### **CASO 1**

Mujer de 29 años (IMC 51,1) fumadora y *Helicobacter pylori* (*Hp*) positivo que se erradica previo a la cirugía, con postoperatorio inmediato favorable.

En las revisiones postoperatorias se objetiva úlcera marginal y estenosis secundaria que precisa de dilatación endoscópica. 8 años

después del BPGL cuenta cuadro nuevo de náuseas y vómitos tras las comidas. Se realiza TC y gastroscopia compatible con FGG.

Intervenida (IMC 21,05) con resección y nueva anastomosis gastroyeyunal (AGY). Desde la reintervención abandonó el tabaco y desaparecieron las molestias abdominales.



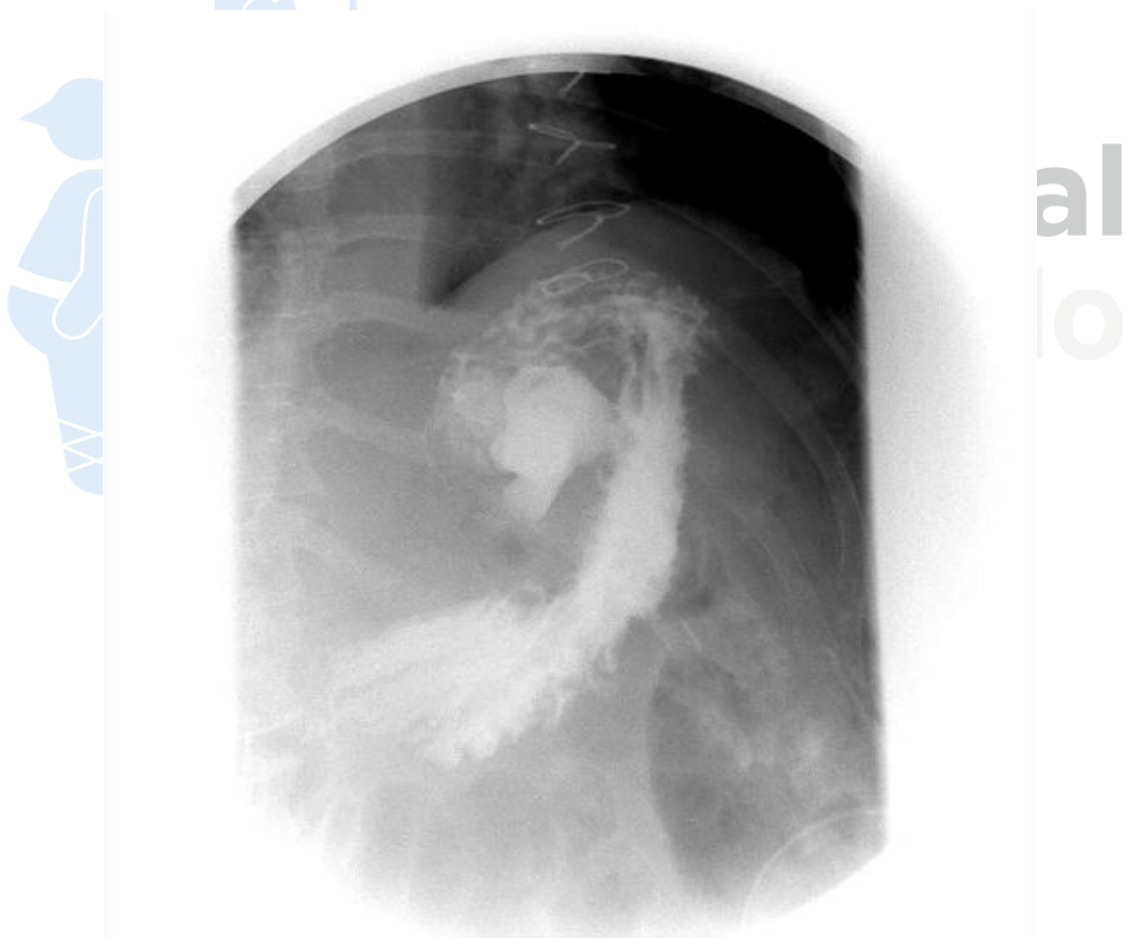
(Figura 1)

## CASO 2

Hombre de 46 años fumador. Tras cirugía de aneurisma de aorta aumento de peso y desarrollo de SAOS (IMC 35,63). Al 3er día postoperatorio de BPGL acude a urgencias por dolor abdominal, se realiza un TC urgente que informa de dehiscencia de la anastomosis gastroyeyunal.

Desde entonces es reintervenido en 5 ocasiones por complicaciones varias y con un ingreso prolongado en UCI. Tras retirada de sonda de Foley colocada en una de las cirugías a modo de fístula externa dirigida desde reservorio gástrico, se objetiva FGG sobre la que se decide no actuar.

Es dado de alta hospitalaria tras 6 meses de ingreso y actualmente continúa en seguimiento en las Consultas Externas con neuropatía residual que produce alteraciones en la marcha que le obliga a usar ortesis para la deambulación (IMC actual 26,45).



(Figura 2)

CASO 3

Hombre de 40 años fumador y bebedor (IMC 60,1). BPGL con pérdida de 70 kg que a los 5 años de la intervención refiere epigastralgia, náuseas y vómitos.

Se realiza gastroscopia con úlcera anastomótica que se trata médicamente de forma exitosa. 10 años tras la cirugía (IMC 26,73) vuelve a consultar por la misma clínica, pero esta gastroscopia informa de FGG.

*Hp* negativo en ambas gastroscopias. Se interviene, se reseca la FGG y se confecciona una nueva AGY con postoperatorio favorable. No constan problemas en el seguimiento desde entonces.



(Figura 3)

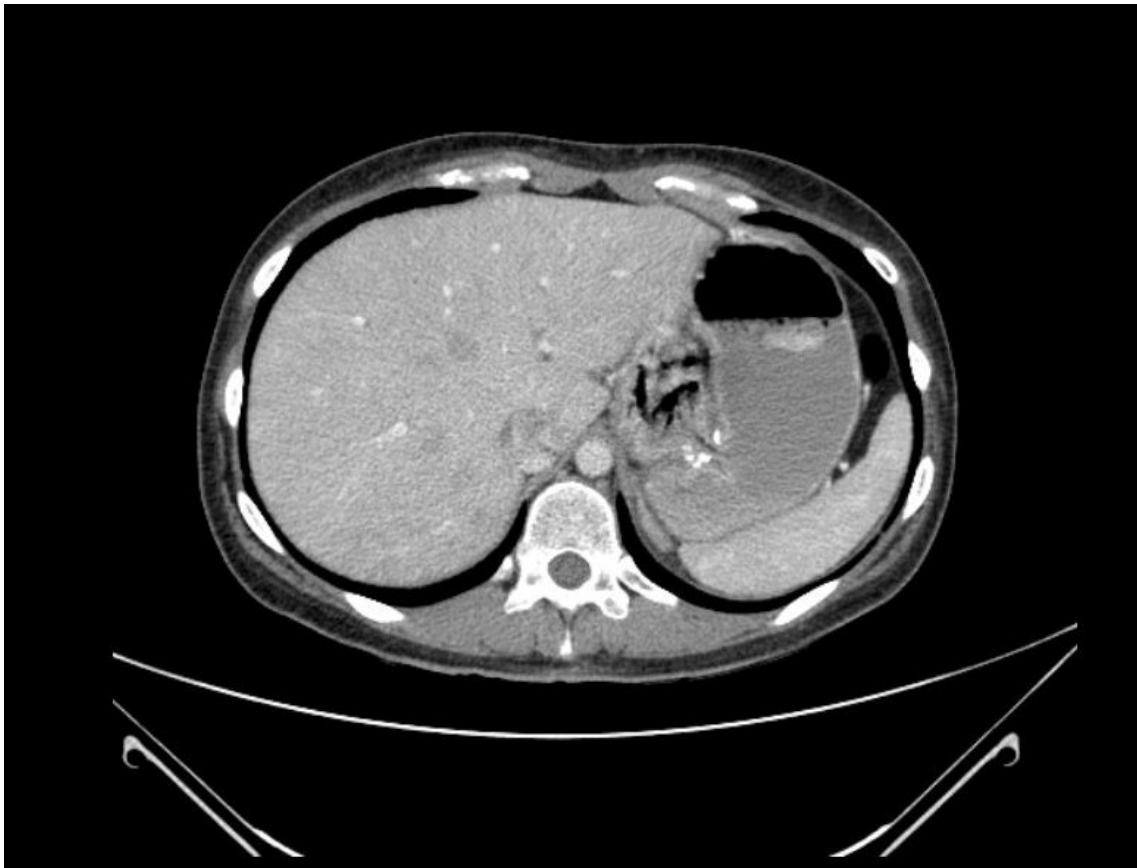
#### CASO 4

Mujer de 22 años fumadora intervenida (IMC43,8) que 10 años después (IMC 21,01) comienza con episodios de epigastralgia. Se hace TC abdominal y gastroscopia que informa de FGG. *Hp* negativo.



Se realiza resección de FGG y nueva AGY. Se reinterviene al 2º día postoperatorio por persistencia de la FGG en el tránsito esofagogástrico (TEG).

Se reseca otra FGG que había pasado inadvertida en la primera cirugía. La paciente es dada de alta al 6º día postoperatorio con TEG normal.



(Figura 4)

## Discusión

La reganancia de peso o el fracaso de la pérdida de peso en este tipo de pacientes nos debe hacer sospechar la presencia de FGG aunque en los pacientes que hemos mostrado en esta serie ninguno

había presentado aumento de peso. Los pacientes mostraban molestias epigástricas, dolor abdominal, náuseas y vómitos que son síntomas inespecíficos, llegando al diagnóstico de FGG mediante la realización de pruebas de imagen como TC, endoscopias o tránsito esofagogástrico. <sup>(1-3)</sup>

La reparación quirúrgica tanto en cirugía abierta como por abordaje laparoscópico es segura, aunque puede ser un desafío por el ambiente inflamatorio estando asociado a mayor riesgo de complicaciones que la cirugía bariátrica primaria. <sup>(1, 4)</sup>

Si la sintomatología es leve y el paciente mantiene el IMC, se puede intentar un manejo conservador en primera instancia. No obstante, en pacientes con dolor o reganancia de peso está indicado la revisión quirúrgica como tratamiento definitivo. <sup>(3)</sup>

El desarrollo de FGG está relacionada con problemas en la técnica como con un tamaño grande del reservorio, sección incompleta del estómago, fuga en la línea de grapado y la presencia de factores de riesgo como Hp, el consumo de alcohol y el hábito tabáquico en pacientes que se someten a cirugías bariátricas.

Actualmente el tratamiento gold standard es la cirugía que se basa en la resección del trayecto fistuloso asociando o no un reajuste del reservorio y/o reconstrucción de la anastomosis gastroyeyunal. <sup>(5,</sup>

6)

Los pacientes asintomáticos o con síntomas leves el tratamiento conservador basado en la eliminación de los factores de riesgo y/o las técnicas endoscópicas puede ser una alternativa eficaz a la reintervención. <sup>(5)</sup>

Entre las técnicas endoscópicas se han descrito el uso de endoclips, tapones, selladores de fibrina, stents esofágicos cubiertos, sistemas de sutura y coagulación. Las técnicas parecen seguras, aunque las tasas de éxito son bajas. Dado los riesgos de complicaciones ante una reintervención podría ser razonable plantear un abordaje endoscópico antes de plantear una nueva cirugía. <sup>(7)</sup>

## **Conclusiones**

Si tras el control de los factores de riesgo los pacientes con FGG continúan sintomáticos el tratamiento más eficaz es la reintervención quirúrgica para la resección de la FGG y revisión de reservorio y anastomosis gastroyeyunal. Aunque es una cirugía segura, el riesgo de complicaciones es más elevado que la cirugía inicial.

Nuestra experiencia está limitada a tan solo 4 casos que precisaron cirugía donde en 2 pacientes, la evolución postoperatoria fue satisfactoria (CASO 1 y 3); un paciente tuvo que reintervenirse en el postoperatorio inmediato para solucionar definitivamente una FGG que había pasado inadvertida en la primera cirugía (CASO 4); y otro

paciente tuvo complicaciones graves que requirieron múltiples cirugías y un ingreso en cuidados intensivos y hospitalario prolongado (CASO 2).

Tanto en nuestra serie como en la literatura científica se advierte de los riesgos de la reparación de una FGG. Por ese motivo, en pacientes seleccionados se podría plantear el tratamiento médico y/o endoscópico previo a la cirugía, que, aunque su índice de éxito es menor también está asociado a una menor morbilidad.

No existen conflictos de interés a la hora de la realización de este estudio.

### **Leyenda**

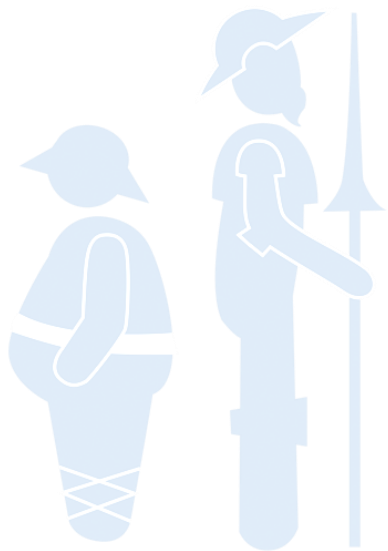
FGG: fístula gastro-gástrica

BGLP: bypass gástrico laparoscópico

AGY: anastomosis gastroyeyunal

### **Agradecimientos**

A todos los miembros de la Unidad de Cirugía Bariátrica del Hospital Universitario Reina Sofía y a mis “resis” mayores.



bmi journal  
seco-seedo

## **Bibliografía**

1. Chinelli J, Hernández G, Rodríguez G. Gastro-gastric Fistula: Late Complication After Roux-en-Y Gastric Bypass. *Obes Surg.* 2022 Jul;32(7):2490-2491.
2. Park SH, Park S. Comment on: Bariatric revisional surgery for gastrogastric fistula following Roux-en-Y gastric bypass

- positively impacts weight loss. Surg Obes Relat Dis. 2023 Jun;19(6):631-632.
3. Carrodeguas L, Szomstein S, Soto F et al. Management of gastrogastic fistulas after divided Roux-en-Y gastric bypass surgery for morbid obesity: analysis of 1,292 consecutive patients and review of literature. Surg Obes Relat Dis. 2005 Sep-Oct;1(5):467-74.
  4. Pina L, Wood GC, Richardson S, Obradovic V, Petrick A, Parker DM. Bariatric revisional surgery for gastrogastic fistula following Roux-en-Y gastric bypass positively impacts weight loss. Surg Obes Relat Dis. 2023 Jun;19(6):626-631.
  5. Gaspar JRR, Marques P, Mesquita I, Marcos M, Santos J, Nogueira C. Laparoscopic treatment of a gastro-gastric fistula after Roux-en-Y gastric bypass-report of two cases. J Surg Case Rep. 2020 Dec 12; 2020(12): 1-5
  6. Chahine E, Kassir R, Dirani M, Joumaa S, Debs T, Chouillard E. Surgical Management of Gastrogastic Fistula After Roux-en-Y Gastric Bypass: 10-Year Experience. Obes Surg. 2018 Apr;28(4):939-944.
  7. Tsai C, Kessler U, Steffen R, Merki H, Zehetner J. Endoscopic Closure of Gastro-gastric Fistula After Gastric Bypass: a Technically Feasible Procedure but Associated with Low Success Rate. Obes Surg. 2019 Jan;29(1):23-27.