



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-412 - MANEJO DE LAS FÍSTULAS GÁSTRICAS TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL

Vilar, Alberto; Priego, Pablo; Puerta, Ana; Arranz, Raquel; Cuadrado, Marta; Sánchez Picot, Silvia; Blázquez, Luis; Galindo, Julio

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: La gastrectomía vertical laparoscópica o Sleeve ha sustituido al bypass gástrico en Y de Roux como el procedimiento bariátrico más empleado en el mundo (47% vs 35,3%). A pesar de sus excelentes resultados en término de pérdida de peso y resolución de comorbilidades, no está exenta de complicaciones graves. La complicación más temida es la fuga gástrica generalmente en el ángulo de Hiss. La incidencia se sitúa en torno al 0,5-5,3% con una mortalidad del 9% en estos pacientes. Se han descrito múltiples estrategias terapéuticas pero el algoritmo de manejo no está estandarizado. El objetivo del trabajo es analizar la incidencia y el manejo en nuestro centro.

Métodos: Análisis retrospectivo de 498 pacientes sometidos a gastrectomía vertical en el Hospital Universitario Ramón y Cajal entre enero de 2010 y septiembre de 2019. Se analizarán variables demográficas y los procedimientos quirúrgicos y terapéuticos utilizados.

Resultados: La incidencia de fístula gástrica fue del 2,2% (11/498). La media del índice de masa corporal fue de 42 kg/m² (rango 38-48 kg/m²). Se identificaron comorbilidades asociadas en el 55% de los pacientes (Hipertensión, diabetes, dislipemia, apnea del sueño) y el 36% eran fumadores activos. En dos casos previamente se había colocado una banda gástrica ajustable. El 91% de los casos la intervención se realizó por vía laparoscópica y se utilizaron cargas reforzadas en otro 91%. En tres pacientes la complicación se objetivó durante el ingreso postoperatorio, mientras que en ocho pacientes reingresaron. El tiempo medio entre la cirugía y el diagnóstico fue de 14 días (rango 3-25 días). El diagnóstico se realizó con tomografía computarizada en todos los casos. El manejo quirúrgico fue elegido en tres pacientes debido al estado séptico de los pacientes con una tasa de resolución del 33% requiriendo posteriormente tratamientos endoscópicos y percutáneos para la resolución. El resto de los ocho pacientes recibieron tratamiento endoscópico o percutáneo con una tasa de resolución del 62,5% (5 pacientes). A pesar del aumento en la utilización de prótesis en la literatura en nuestra experiencia en tres casos fue desalentadora, en todos los casos la prótesis migró y en un caso erosionó la aorta ocasionando el fallecimiento del paciente (tasa de mortalidad 9%). Por otro lado, la combinación de Over-the-Scope Clip (Ovesco) y sonda nasoyeyunal para alimentación enteral consiguió una tasa de curación del 75% (3/4 pacientes). En dos casos la fístula fue refractaria a tratamiento conservador por lo que fue necesaria la realización de una gastrectomía total en dos casos. El tiempo medio de resolución fue de 42 días (rango 22-122 días). El tiempo medio de hospitalización fue de 33 días (rango 22-70 días).

Conclusiones: El algoritmo terapéutico para la fístula gástrica después de cirugía bariátrica no está estandarizado. En nuestra experiencia el tratamiento conservador consiguió una tasa de éxito del 62,5%,

obteniendo los mejores resultados con la combinación de sonda nasoyeyunal y Ovesco.