



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-149 - FÍSTULA DUODENAL TRAS GASTRECTOMÍA: UNA COMPLICACIÓN POTENCIALMENTE LETAL

Cornejo López, María de los Ángeles; Priego Jiménez, Pablo; Coll Sastre, Magdalena; Ramos Rubio, Diego; Ballester Pérez, Araceli; Galindo Álvarez, Julio; Rodríguez Velasco, Gloria; Lobo Martínez, Eduardo

Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Resumen

Introducción: La fístula del muñón duodenal (FMD) es una de las complicaciones más agresivas de la gastrectomía debido a su gran morbilidad, a pesar de que la incidencia descrita en la literatura es baja.

Métodos: Se analizan retrospectivamente todas las FMD surgidas como consecuencia de gastrectomía total y subtotal programada por neoplasia gástrica entre enero de 1997 y diciembre de 2014. Analizamos comorbilidades, características demográficas y quirúrgicas, así como evolución posterior en términos de morbilidad, mortalidad y estancia hospitalaria.

Resultados: De las 892 gastrectomías realizadas en el periodo mencionado, registramos 13 casos de FMD, lo que supone una incidencia del 0,015%. En 10 casos (77%) la gastrectomía realizada fue subtotal y en el resto (23%) total. La reconstrucción fue una Y de Roux en el 46% y un Billroth II en el 54%. El abordaje fue abierto en el 84,6% y laparoscópico en el resto, con una duración media de 208 minutos (rango 125-330). En el 92% de los casos la sección duodenal fue mecánica y sólo en el 69,2% se asoció refuerzo manual. En 11 casos (84,6%) se consiguió un margen de resección R0. Acerca de las comorbilidades, un 53,8% eran hipertensos, un 23% diabéticos y un 23% dislipémicos. Un 46% presentaban algún tipo de cardiopatía y un 30% cumplía criterios de EPOC. Ninguno presentaba insuficiencia renal conocida y sólo uno presentaba hepatopatía por VHC. Un 46% presentaba antecedente de cirugía abdominal previa. En 8 casos (61,5%) se realizó trata miento quirúrgico y en 5 (39,5%) conservador. Respecto al tratamiento quirúrgico, se realizó duodenostomía en 5 casos, cierre primario tras refrescar bordes en 2 y lavado con colocación de drenajes en uno. En 5 casos se asoció yeyunostomía de alimentación. En todos los pacientes se utilizó nutrición parenteral salvo en uno (nutrición enteral por sonda nasoyeyunal). De los 8 casos en los que se empleó tratamiento quirúrgico, 3 presentaron sepsis grave con fracaso multiorgánico, 2 hematemesis que requirieron panendoscopia urgente, uno se evisceró a los 10 días, y otro desarrolló un absceso subfrénico que requirió drenaje percutáneo. El 75% (6/8) fallecieron, 3 de ellos en las primeras 24 horas tras la reintervención. El 25% (2/8) restante presentan una estancia hospitalaria de 45 y 84 días respectivamente. Ambos casos reingresaron por ictericia obstructiva secundaria a masa adenopática/recidiva en muñón duodenal, con exitus a los 4 meses. De los 5 casos en los que se realizó tratamiento conservador, ninguno presentó complicaciones significativas. Así, la tasa de curación en este grupo fue del 100%, siendo la estancia hospitalaria de 39,5 días (rango 26-65). Tres pacientes reingresaron: uno por fiebre sin foco, otro por obstrucción del asa eferente que requirió cirugía y el tercero por ictericia obstructiva, falleciendo los dos últimos. Así pues, la mortalidad global fue de 6 pacientes (46,2%), habiéndose realizado en todos ellos tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: La FMD continúa siendo una complicación poco frecuente pero asociada a elevada morbilidad y mortalidad.