



www.elsevier.es/cirugia

P-441 - GASTRECTOMÍA TUBULAR LAPAROSCÓPICA, ¿CUÁLES SON LOS RIESGOS?

Carrillo, María José; González-Coste, Rafael; Torregrosa, Nuria; Martínez, Álvaro; Gálvez, Silvia; Espinosa, Francisco Javier; Vázquez, José Luis

Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Objetivos: La obesidad mórbida afecta al 17% de la población occidental adulta. La cirugía bariátrica es la mejor opción para conseguir el descenso de peso a largo plazo, así como la reducción de las comorbilidades. La GVL surgió como 1^{er} paso quirúrgico para pacientes superobesos y de alto riesgo. Posteriormente ha sido descrita como único procedimiento con múltiples indicaciones. Se trata de una alternativa eficaz, consiguiendo una pérdida del exceso de peso del 60-70% a los 3 años. Presentamos 6 casos intervenidos en nuestro hospital con complicaciones precoces de 158 pacientes (3,7%).

Casos clínicos: Caso 1: varón de 62 años con postoperatorio sin incidencias. Reingresa a los 25 días de la cirugía por dolor abdominal, vómitos y febrícula, con leucocitosis y neutrofilia. Una eco-TAC abdominal informa de gran colección intraabdominal, drenándose radiológicamente. El paciente presenta buena evolución con nutrición enteral mediante sonda nasoyeyunal, siendo alta a los 37 días. Caso 2: varón de 34 años, dado de alta al 4º día postoperatorio sin incidencias. Reingresó al 8º día con dolor abdominal, fiebre, leucocitosis y MEG. Tras TAC abdominal y TEGD, se decidió laparoscopia exploradora urgente evidenciando peritonitis difusa. En el postoperatorio inmediato se confirmó la fistula mediante azul de metileno. Tras 10 días con nutrición enteral se le realizó endoscopia apreciándose orificio fistuloso y colocándole un clip. El paciente fue alta tras 28 días de ingreso. Caso 3: mujer de 50 años, a la cual se convirtió a laparotomía subcostal bilateral por sangrado esplénico, realizando esplenectomía. Al mes reingresa diagnosticándose de fuga gástrica, colocándose prótesis endoscópica y drenaje radiológico. Caso 4: mujer de 55 años, al 2º día postoperatorio comienza con vómitos, siendo diagnosticada mediante TEGD y endoscopia de vólvulo gástrico. Se le realizó laparoscopia exploradora urgente realizando la desvolvulación y la fijación del estómago. Tras buena evolución fue alta tras 8 días. Caso 5: mujer de 60 años, presenta al 2º día postoperatorio fiebre y dolor en hipocondrio derecho. El TAC abdominal informa de fuga a nivel antral. Es reintervenida mediante laparoscopia evidenciando fuga a nivel del antro, realizándose sutura de la misma. Al 9º día postoperatorio se detecta salida de contenido gástrico por drenaje, se reinterviene realizando antrectomía y reconstrucción gastroyeyunal (mini-bypass). Evoluciona favorablemente, siendo alta tras 15 días. Caso 6: mujer de 47 años, presentó postoperatorio sin incidencias. 3 días tras el alta reingresa por fiebre y dolor abdominal, con neutrofilia y PCR elevada. El TAC abdominal evidencia fuga gástrica a nivel del cardias. El tratamiento fue drenaje radiológico de colección intraabdominal y colocación de prótesis endoscópica. A pesar de ser una técnica relativamente sencilla, la GVL está asociada a una morbilidad importante, como torsión del tubo gástrico, estenosis, fallo de la línea de grapas con dehiscencia, y fistula de la misma, como la más frecuente y grave. La cirugía temprana en estas complicaciones está asociada a mejores resultados y pronta curación, siendo obligatoria en el caso de síntomas de alerta en el postoperatorio.

(taquicardia, fiebre). Actualmente existe la posibilidad de un manejo médico conservador de estas complicaciones: drenajes radiológicos, nutrición a través de sonda nasoyeyunal, y colocación de clips, selladores y/o prótesis endoscópica recubierta.

Discusión: La complicación más frecuente de la GVL en nuestro hospital es la fuga gástrica a nivel del ángulo de Hiss, que en ocasiones se trató con cirugía precoz y en otras pudo manejarse de forma conservadora mediante prótesis y clips endoscópicos. Otra rara complicación fue la torsión del tubo gástrico, que precisó cirugía urgente. Cuando es necesaria cirugía, debe ser precoz. El tiempo del cierre de la fuga es variable, prolongando sustancialmente la estancia hospitalaria.