



www.elsevier.es/cirugia

O-122 - Manejo de la fístula post-gastrectomía vertical: experiencia de un centro de referencia

Verdaguer Tremolosa, Mireia; Vilallonga Puy, Ramon; Balibrea, José María; Caubet Busquets, Enric; Curell García, Anna; Fort López-Barajas, José Manuel; González, Óscar; Armengol, Manel

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción: La gastrectomía vertical (GV) se ha convertido en un procedimiento bariátrico cada vez más popular debido a sus buenos resultados en cuanto a pérdida de peso y resolución de comorbilidades, asociado a una menor complejidad técnica comparado con otras técnicas. Sin embargo, existen complicaciones potencialmente graves relacionadas con esta técnica entre las cuales cabe destacar la fístula gástrica.

Objetivos: Describir las opciones terapéuticas aplicadas en el tratamiento de la fuga post GV en los casos de nuestro centro de referencia en cirugía bariátrica, así como sus resultados.

Métodos: Se ha realizado una revisión retrospectiva sobre la base de datos elaborada de forma prospectiva en el servicio de cirugía endocrina, bariátrica y metabólica de nuestro centro desde el año 2006 hasta 2016. Se han seleccionado los casos de gastrectomía vertical que presentaron dehiscencia de la línea de grapado, revisando las distintas opciones terapéuticas aplicadas.

Resultados: Durante éste período se realizaron 513 GV según técnica habitual de calibración de 36Fch y refuerzo de la línea de grapado (*seamguard* o prolene 2/0). Se objetivó fuga post GV en 10 casos (1,95%), entre los cuales el 60% eran mujeres con una edad media de 36,4 años (r: 26-61 años). La mayoría de las fugas fueron diagnosticadas durante el ingreso hospitalario (60%) y un 40% después del alta (a partir del sexto día). Las principales manifestaciones fueron el dolor abdominal (90%), la taquicardia (60%) y la fiebre (60%). Las fugas tardías se manifestaron en forma de fiebre (75%) y dolor abdominal (100%). El diagnóstico de confirmación fue por TC (90%) y por endoscopia digestiva alta (10%). Las fístulas se encontraron en el tercio proximal en un 100% de los casos. Las opciones terapéuticas de primera línea fueron la reintervención quirúrgica con lavado y drenaje en un 70% de los casos, el drenaje percutáneo guiado por TC en el 10% y la endoprótesis en 10%. El 30% de los casos requirieron una segunda opción terapéutica y un 10% una tercera opción terapéutica. La estancia media hospitalaria fue de 34,2 días (entre 4-160 días). No hubo ningún caso de mortalidad.

Conclusiones: La GV es una técnica quirúrgica que ha adquirido gran importancia en los últimos años en el tratamiento de la obesidad mórbida. Aunque se asocia a un bajo índice de fuga, su diagnóstico precoz es importante para evitar complicaciones graves asociadas. Las opciones terapéuticas utilizadas principalmente en nuestro centro han sido la reintervención quirúrgica, la endoprótesis y el drenaje percutáneo. Sin embargo, no existe consenso en el algoritmo terapéutico de estos casos, por lo que se requieren más estudios de calidad.