



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-072 - FÍSTULA TARDÍA EN EL ÁNGULO DE HISS A LOS 6 MESES TRAS SADI-S A PROPÓSITO DE UNA CASO EN UNA PACIENTE EMBARAZADA

Marco-Gómez, María; Estrada, José Luis; Ortiz, Sergio; Carbonell, Silvia; García-Vega, Celia; Gracia, Ester; Ruiz de la Cuesta, Emilio; Ramia, José Manuel

Hospital General Universitario, Alicante.

Resumen

Introducción: El *bypass* duodeno-ileal de una sola anastomosis asociado a gastrectomía vertical (SADI-S) está indicado en caso de pacientes con IMC > 50 kg/m² y síndrome metabólico. La fístula tras gastrectomía vertical (GV) es una complicación poco frecuente (0,5-8%) pero con elevada morbilidad e incluso mortalidad. En la GV, la fuga suele producirse en ángulo de Hiss por hiperpresión retrógrada y disminución de la vascularización tras disección. Sin embargo, existen pocos casos comunicados de fístula tras SADI-S, posiblemente por su menor frecuencia, aunque su manejo no difiere del de la fístula tras GV.

Caso clínico: Mujer de 29 años, obesidad extrema grado IV (IMC 69,2 kg/m²) intervenida fuera del territorio nacional en noviembre 2021 de SADI-s con asa común de 300 cm. A los 3 meses de la cirugía bariátrica la paciente se queda embarazada. En mayo de 2022 siendo gestante de 11 semanas, consulta por epigastralgia que irradia a hombro, fiebre y vómitos de varios días de evolución. Analítica: PCR elevada con procalcitonina normal y leucocitosis con neutrofilia. Se realiza TC con contraste IV (la RM no admite el volumen de la paciente) y delantal plomado para protección fetal que informa de absceso de 53 × 39 mm en hipocondrio izquierdo secundario a fuga en ángulo de Hiss. Se realiza drenaje percutáneo por radiología intervencionista y una gastroscopia que evidencia orificio fistuloso alto sin estenosis distal colocando un clip Ovesco® y sonda nasoyeyunal para nutrición enteral. La paciente durante el ingreso decide la interrupción voluntaria del embarazo. Tras salida accidental de la sonda se decide colocar endoprótesis recubierta, con buena tolerancia oral y retirándose a las 5 semanas, comprobando persistencia de la fístula. Se coloca de nuevo sonda nasoyeyunal y nutrición enteral durante 4 semanas comprobando cierre de la fístula mediante TAC con contraste oral a los 3 meses del inicio del cuadro.

Discusión: Presentamos el manejo complicado de una fístula tardía en ángulo de Hiss tras SADI-S en una paciente embarazada. El diagnóstico y tratamiento estuvo además limitado por su estado de gestación ya que se requieren pruebas de imagen con radiación como la fluoroscopia con contraste oral y la TC con contraste iv y oral. En embarazadas, la RM es más segura pero poco disponible de urgencia y para pacientes superobesos. Se puede realizar TC con bajas dosis de radiación y delantal plomado sin suponer gran riesgo fetal como realizamos en nuestro caso. El manejo conservador de la fístula no difiere del que se realiza tras una GV aislada si el paciente está estable (drenaje percutáneo, antibioterapia, endoprótesis, sonda nasoyeyunal, etc.). En caso contrario (inestabilidad hemodinámica o peritonitis) se optaría por el tratamiento quirúrgico. Son menores los casos publicados de fístula tras SADI-S que tras GV aislada, posiblemente por que la sonda tutor que se utiliza en el SADI-S sea de mayor calibre y por lo tanto, sea menor la hiperpresión y la incidencia de fístulas.