



P-078 - MANEJO ENDOSCÓPICA DE LA FÍSTULA ESOFAGOGÁSTRICA TRAS BYPASS GÁSTRICO ANILLADO

El Haddad Jaouiche, Ginamar; Moreno Peñuelas, Sofía; Vargas Cascón, Esperanza Macarena; Migueléz Sierra, Paula; García Sánchez, Fernando; Ávila Alarcón, Ingrid Roselia; Alarcón, María Isabel

Hospital Virgen del Puerto, Plasencia.

Resumen

Introducción: Actualmente la obesidad mórbida es una enfermedad epidémica, y el *bypass* gástrico laparoscópico representa una técnica segura y la más utilizada para lograr un tratamiento efectivo y perdurable en el tiempo, sin embargo, no está exenta de complicaciones. Las fistulas son una complicación poco frecuente pero potencialmente grave con una incidencia entre 1,5-6% relacionadas al uso de gastrostomías, anillos protésicos y suturas no absorbibles que paulatinamente han ido en desuso. Nuestro objetivo es presentar el caso de una mujer que presenta fistula esofagogástrica y el manejo endoscópico.

Caso clínico: Se trata de mujer de 48 años, que acude a nuestro centro por reganancia de peso tras cirugía bariátrica hace 25 años, se realiza fibrogastroskopía, tránsito esofagogastrroduodenal y TC de abdomen sin concordancia en cuanto a técnica quirúrgica inicial, se realiza cirugía de revisión evidenciando *bypass* gástrico tipo Fobi con anillo de silicona, dilatación del *pouch* gástrico, bastón de caramelo de 20 cm, asa alimentaria que asciende retrogástrica y transmesocólica con anastomosis yeyuno-yejunular a 40 cm del ángulo de Treitz, ante estos hallazgos se realiza regastrectomía hasta banda de silicona desde pilar izquierdo, sección del bastón de caramelo y alargamiento del asa alimentaria a 120 cm, manteniendo asa biliopancreática, anastomosis gastroyeyunular y banda gástrica. Al segundo día posoperatorio se evidencia fuga y se reinterviene comprobando fuga puntiforme de sutura en ángulo de Hiss, realizamos sutura primaria y epiploplastia. Pese a tratamiento evolución tórpida comprobándose por pruebas complementarias la existencia de fistula en la unión esofagogástrica que ocasiona colecciones subdiafragmáticas precisando de múltiples reintervenciones para drenaje de cavidad. Se visualiza endoscópicamente intrusión parcial de la banda gástrica, sin conseguir remoción total de la misma y se trata la fistula con colocación de endoprótesis y Ovesco en zona fistulosa, sin ser efectiva. Posteriormente se realiza drenaje a través de *pigtail* colocado endoscópicamente en orificio fistuloso para cierre por segunda intención. Tras varias semanas resolución completa de fistula esofagogástrica ante tratamiento endoscópico, alta con buena tolerancia oral y adecuada pérdida de peso al seguimiento.

Discusión: La incidencia de fistulas varía con la técnica quirúrgica bariátrica pudiendo llegar hasta el 8% en las cirugías de reconversión, es una complicación grave y la segunda causa de muerte en cirugía bariátrica, con una tasa de mortalidad de hasta 1,5%. La endoscopia permite el diagnóstico y tratamiento mediante la inyección de sustancias como pegamentos biológicos o sintéticos, colocación de matriz acelular en forma de tiras o conos en el trayecto u orificio fistuloso, aplicación de endoclips y la colocación de prótesis autoexpandibles, utilizando con frecuencia una combinación de ambas. Considerando los problemas de las reintervenciones quirúrgicas, inclusive el fracaso en el cierre de las fistulas, se sugiere el tratamiento

endoscópico.