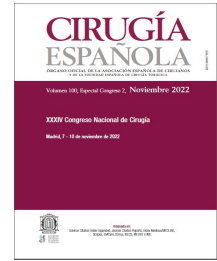




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



OR-317 - TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA ENDOLUMINAL COMO TRATAMIENTO DE FUGAS Y DEHISCENCIAS ANASTOMÓTICAS TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

Curell, Anna; Momblán, Dulce; Sendino, Oriol; Domínguez, Paula; Morales, Xavier; Ibarzábal, Ainitze; Lacy, Antonio M.; Balibrea, José M.

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Resumen

Objetivos: Las fugas son la segunda causa de muerte tras cirugía bariátrica. Revisiones recientes de la literatura informan de una incidencia media de dehiscencia anastomótica tras *bypass* gástrico en Y-de-Roux (BPG) del 0,8%, y del 0,7% tras gastrectomía vertical (GV). Su tratamiento sigue siendo motivo de controversia, dependiendo principalmente de la presentación clínica, tiempo de aparición y localización. El tratamiento conservador puede ser una opción en caso de fugas pequeñas y contenidas en pacientes hemodinámicamente estables. Sus objetivos serán el control séptico local y sistémico, control de las secreciones gastrointestinales y la nutrición adecuada del paciente. En este sentido, el uso de terapias de presión negativa endoluminal (TPNE) permite el control de foco asegurando el drenaje continuo de la infección, evitando reintervenciones y reduciendo el tiempo de cierre del defecto y la estancia hospitalaria. En dehiscencias tras resecciones de recto la TPNE ha demostrado resultados excelentes, con tasas de curación superiores al 90% en algunas de las series publicadas.

Métodos: Entre agosto de 2020 y junio de 2021, cuatro pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en nuestro centro que presentaron complicaciones por dehiscencia de la línea de grapas o dehiscencias anastomóticas fueron tratados mediante TPNE (Eso-SPONGE®, B. Braun Medical Ltd.).

Resultados: Se trataron un total de cuatro pacientes mediante TPNE tras complicaciones de cirugía bariátrica, dos de los cuales mujeres, con una edad media de 48,75 años (39-59). El IMC preoperatorio medio era 45,43 kg/m² (32-59,4). Las indicaciones quirúrgicas fueron: GV por superobesidad, BPG en paciente con IMC 49,23 kg/m², conversión de gastroplastia vertical anillada abierta a BPG por disfagia y reflujo gastroesofágico (RGE) severo y conversión de GV a BPG distal por RGE severo en paciente con antecedente de peritonitis tras la cirugía primaria que había requerido reintervención y yeyunostomía de alimentación en otro centro. 50% de las cirugías fueron laparoscópicas y 50% asistidas por robot Da Vinci Xi® (Intuitive Surgical). El tiempo medio desde la cirugía hasta el diagnóstico de la complicación fue de 6,5 días (1-16), decidiéndose reintervención quirúrgica inicial en 3/4 casos, con lavado y colocación de drenajes. Se inició tratamiento con TPNE a 125 mmHg a los 1,5 días de media (1-3) tras el diagnóstico de la complicación, requiriéndose una media de 4 recambios de esponja por paciente (2-6). El intervalo medio de recambio fue de 3,81 días (2-7), con un tiempo de duración medio de tratamiento de 15 días (7-25). Tras completarse la TPNE, en tres casos se empleó también nutrición enteral a través de sonda nasoyeyunal, que se retiró a los

7, 26 y 35 días respectivamente. Con una media de seguimiento de 12 meses (7-17), la evolución de todos los pacientes ha sido favorable, requiriéndose únicamente en un caso una dilatación endoscópica por estenosis de la anastomosis a los 11 meses de finalizar el tratamiento.

Conclusiones: La TPNE ofrece buenos resultados en el tratamiento de complicaciones de las líneas de grapado o dehiscencias anastomóticas tras cirugía bariátrica, siendo un tratamiento menos invasivo que la reintervención quirúrgica, con buenos resultados a largo plazo.