



V-094 - ABORDAJE ROBÓTICO CON ANGIOGRAFÍA CON VERDE DE INDOCIANINA PARA LA RESOLUCIÓN DE FÍSTULA CRÓNICA POR DEHISCENCIA TARDÍA DE SUTURA TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL

Besa Selva, Anaïs; Curell García, Anna; González Abos, Carolina; de Lacy Fortuny, Antonio M.; Balibrea del Castillo, Jose María

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Resumen

Introducción: Aunque la incidencia de dehiscencias de la línea de grapado tras gastrectomía vertical (GV) es cada vez más baja (1-2,5%) se trata de una complicación muy grave y difícil de tratar. La aparición después de los 30 días se considera tardía y con una fisiopatología diferente a las agudas. Su origen es multifactorial, incluyendo alteraciones en la cicatrización, problemas de vascularización del remanente gástrico o la creación de una plastia demasiado estrecha. En el caso de las fistulas tardías, el tratamiento conservador combinando antibióticos de amplio espectro, un adecuado soporte nutricional y endoscopia se considera la primera opción. En caso de no presentar mejoría, el tratamiento quirúrgico engloba diversas opciones como la fistuloyeyunostomía en Y de Roux, la gastrectomía parcial/total o la conversión a bypass gástrico en función de las características del paciente.

Caso clínico: Varón de 63 años, con antecedentes de colitis ulcerosa en remisión, hipertensión arterial, diabetes tipo 2, fibrilación auricular y dislipemia intervenido en junio de 2021 mediante GV. Con un seguimiento inicial correcto, a los 5 meses es diagnosticado de neumonía basal izquierda con escasa respuesta a varias líneas de antibioterapia. Se decide ampliar estudio con TC toracoabdominal en el que se observa la mencionada neumonía, líquido libre periesplénico y neumoperitoneo adyacente a la sutura gástrica sugestivo de dehiscencia de sutura a pesar de no apreciarse fuga de contraste oral. En la gastroscopia se evidencia dehiscencia a nivel de la unión esofagogastrica (20 × 7 mm) que se comunica con una cavidad revestida por tejido inflamatorio en cuyo fondo se identifican 2 orificios fistulosos. Ante la ausencia de signos de afectación general se inicia tratamiento con antibioterapia, nutrición parenteral y terapia de presión negativa endoluminal. Tras la realización de 12 recambios de esponja y, a pesar de una respuesta parcial inicial, se aprecia la persistencia de una dehiscencia de 15 mm con escaso crecimiento de tejido de granulación en la cavidad. Se decide optar por tratamiento quirúrgico realizándose conversión a gastrectomía subtotal y reconstrucción en Y-de-Roux asistida por robot Da Vinci Xi con angiografía con verde de indocianina. La intervención duró 235 minutos incluyendo acoplamiento. Se inició dieta oral 24 horas tras la cirugía. El paciente presentó como complicaciones un hematoma intraabdominal secundario a sangrado de la pared abdominal del puerto de asistencia, así como edemas generalizados por hipoproteinemia grave. Fue dado de alta al octavo día posoperatorio.

Discusión: El manejo de la dehiscencia de sutura tardía tras SG debe plantearse de manera escalada, iniciándose con la opción no invasiva y eventualmente con un tratamiento quirúrgico en caso de no conseguir su resolución. La elección de la técnica quirúrgica debe ser individualizada teniendo en cuenta el estado general del paciente, la anatomía y las dificultades técnicas. El abordaje robótico ofrece una disección precisa

en un contexto desfavorable y realizar la reconstrucción con mayor comodidad. La realización de angiografía con VIC intraoperatoria ayuda a identificar tejidos correctamente vascularizados, pudiéndose optimizar así la toma de decisiones intraoperatorias con el fin de maximizar la seguridad del paciente.