



V-088 - MANEJO QUIRÚRGICO CON TUBO DE KEHR DE FÍSTULA GÁSTRICA TEMPRANA TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA

Rodríguez Marín, Daniela; Cuartero Desviat, Beatriz; Abón Arrojo, Rodrigo; Cisterne López, Cristian; Contreras García, Candela; Martínez Cortijo, Sagrario

Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón.

Resumen

Introducción: La gastrectomía vertical laparoscópica es el procedimiento bariátrico más realizado a nivel mundial debido a su alta reproducibilidad, seguridad y buenos resultados en términos de reducción de peso y mejoría de las comorbilidades. Sin embargo, no está exenta de complicaciones, siendo la más temida la fístula de la plastia gástrica. Esto se debe a la alta mortalidad que conlleva y a su difícil solución, especialmente si la perforación se produce en el tercio proximal a nivel del ángulo de His, que por otro lado es la localización más frecuente. Se estima que la incidencia de esta complicación se encuentra entre el 0 y el 7% y se suelen diagnosticar de forma tardía.

Caso clínico: Presentamos a un paciente de 61 años obeso mórbido con un IMC de 44,27, hipertenso, con SAHS grave y riesgo trombótico alto por antecedentes de TVP. Se opera de forma programada y se realiza una gastrectomía vertical laparoscópica sin incidencias. Cinco días después es reintervenido por presentar un cuadro de dolor abdominal y sepsis. Se hace una laparoscopia exploradora en la que se evidencia una fístula de la plastia gástrica en el tercio proximal y una peritonitis purulenta de los cuatro cuadrantes. Se lava exhaustivamente la cavidad y se coloca un tubo de Kehr en el defecto vehiculizando la fístula. Una semana después el paciente tiene que ser reintervenido nuevamente por un hematoma intraabdominal sobreinfectado, pero no es necesario actuar sobre la fístula que finalmente se termina cerrando tras la retirada del drenaje. El tratamiento de las fístulas aparecidas tras una gastrectomía vertical laparoscópica es complejo y se han descrito multitud de manejos. Se puede tratar de forma conservadora en pacientes estables, pero si presentan repercusión clínica con inestabilidad hemodinámica van a requerir cirugía urgente. Algunos autores defienden el cierre primario del defecto en fístulas tempranas y en ausencia de contaminación importante. En el caso de nuestro paciente se pudo identificar fácilmente el defecto, no obstante, debido a la importante peritonitis que presentaba se optó por lavar y dejar un drenaje.

Discusión: El uso de un tubo de Kehr para vehiculizar una fístula temprana de la plastia gástrica junto con el lavado exhaustivo de la cavidad abdominal es una alternativa terapéutica a la reparación primaria del defecto cuando existe una peritonitis extensa.