

El dolor agudo se relaciona con complicaciones como hemorragia o infección intraquística.

Para el dolor crónico se han propuesto técnicas percutáneas, como la aspiración, o quirúrgicas, como la fenestración laparoscópica o mediante laparotomía, que se reservan para aquellos pacientes con función renal preservada y dolor incapacitante. La aspiración proporciona solo un alivio transitorio, hay pocos datos relativos a la fenestración laparoscópica y la fenestración mediante laparotomía puede aliviar los síntomas hasta en dos tercios de los pacientes durante 24 meses<sup>2</sup>.

En el diagnóstico diferencial de la colecistitis aguda, diagnóstico de sospecha en el paciente que nos ocupa, se enumeran habitualmente enfermedades como el cólico biliar, la pancreatitis aguda, la úlcera péptica perforada o penetrante, la colangitis, la apendicitis aguda y la hepatitis viral o alcohólica. La consideración de procesos que afectan a órganos retroperitoneales no suele estar en la mente del médico. Si bien la gammagrafía con derivados del ácido iminodiacético se ha propuesto como el estudio diagnóstico más sensible y específico para confirmar o excluir una colecistitis aguda, en la práctica es la ecografía abdominal el estudio más empleado para confirmar el diagnóstico. En el presente caso, la ecografía abdominal excluyó el diagnóstico inicial y virtualmente permitió hacer el de poliquistosis renal como causa de los síntomas del paciente.

En resumen, el interés para el cirujano general del conocimiento de la poliquistosis renal se centra en su potencial para producir síntomas abdominales crónicos que finalmente conducen al diagnóstico de la enfermedad antes de que se produzca un deterioro significativo de la función renal. Muy raramente, como en el presente caso, algún paciente se presenta en el servicio de urgencias con síntomas que imitan a los de una enfermedad abdominal que precisaría de un tratamiento quirúrgico urgente. La ecografía abdominal como procedimiento de imagen inicial permite un diagnóstico rápido de la enfermedad.

## B I B L I O G R A F I A

1. Parfrey PS, Bear JC, Morgan J. The diagnosis and prognosis of autosomal dominant polycystic kidney disease. *N Engl J Med.* 1990;323:1.085-90.
2. Berner K, Nates JL. Autosomal dominant polycystic kidney disease: Etiology, diagnosis, renal and extrarenal complications. *The Internet Journal of Academic Physician Assistants.* 2000;2:2.
3. Belibi FA, Edelstein CL. Unified ultrasonographic diagnostic criteria for polycystic kidney disease. *J Am Soc Nephrol.* 2009;20:6-8.
4. Vall-Llovera J, Bosch A, Gil E, Pons L, Barba S, Palau M, et al. Poliquistosis hepática del adulto abscesificada. *Cir Esp.* 2002;72:113-5.
5. Gabow PA. Autosomal dominant polycystic kidney disease. *N Eng J Med.* 1993;329:32.
6. Ishikawa I. Uremic acquired renal quistic disease: Natural history and complications. *Nephron.* 1991;58:257-67.
7. Bakir AA, Hasnain Young S, Dunea G. Dialysis-associated renal cystic disease resembling autosomal dominant polycystic kidney disease. *Am J Nephrol.* 1999;19:519-22.

Daniel Gambí Pisonero<sup>a,\*</sup>, Fernando Garrido Menéndez<sup>a</sup>, Pablo Menéndez Sánchez<sup>b</sup> y Eloy Sancho Calatrava<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Santa Bárbara, Puerto Llano, Ciudad Real, España

<sup>b</sup>Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(D. Gambí Pisonero\).](mailto:daniel.gambi@gmail.com)

0009-739X/\$ - see front matter

© 2009 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:[10.1016/j.ciresp.2010.03.028](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2010.03.028)

## Obstrucción completa tras gastrectomía vertical laparoscópica Total obstruction after vertical laparoscopic gastrectomy

La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL), conocida también como manga gástrica o tubulización gástrica, es una nueva herramienta quirúrgica en el tratamiento de la obesidad mórbida. Se trata de una técnica restrictiva cuya eficacia se basa en 2 mecanismos: en primer lugar, al tratarse de una técnica puramente restrictiva, produce saciedad temprana y, en segundo lugar, reduce los niveles de ghrelina, hormona estimuladora del apetito<sup>1,2</sup>.

El hecho de que esta técnica se haya considerado erróneamente como sencilla y fácilmente reproducible ha llevado a un gran número de cirujanos a practicarla. Podría parecer que en comparación con el by-pass gástrico y las

derivaciones biliopancreáticas es una cirugía más asumible desde el punto de vista laparoscópico, pero debemos saber que sus complicaciones pueden incluso ser más serias que las de otras técnicas. Nos referimos principalmente a la aparición de fistulas gástricas, dehiscencias de la línea de sutura o estenosis de la tubulización. Se trata de complicaciones que aunque aparecen en un bajo porcentaje, aumentan la morbilidad, la estancia hospitalaria y ponen en peligro la vida del paciente.

Presentamos el caso de una paciente intervenida mediante esta técnica, que sufrió una complicación postoperatoria que obligó a su reintervención.

Paciente de 36 años con antecedentes personales de DM de tipo 2 y con un índice de masa corporal de  $38\text{ kg/m}^2$ . Se interviene en nuestro servicio y se le realiza una GVL: tras la liberación de la curvatura mayor se introduce sonda de Faucher del número 36. Se comienza la sección gástrica a 5 cm del piloro y se utiliza en las 2 primeras secciones cargas de 4,8 mm y en el resto cargas de 3,5 mm. Antes de la sección se comprueba que la sonda no está atrapada con la endograpadora. Posteriormente, se realiza una sutura invaginante de la línea de sección con monofilamento reabsorbible 2-0. Se comprueba estanqueidad con azul de metileno y se deja colocada una sonda nasogástrica durante 24 h. El postoperatorio inmediato es favorable, a excepción de que la paciente no traga la saliva. En el tercer día postoperatorio se realiza un tránsito (como protocolo general de nuestra unidad de cirugía bariátrica). En este se observa una estenosis completa en el tercio proximal de la tubulización (fig. 1). Pensando en que pudiera ser consecuencia del edema posquirúrgico, se propone nutrición parenteral y se decide esperar una semana para realizar una segunda prueba mediante radiología intervencionista. En ella se evidencia claramente el stop completo en tercio proximal, que se confirma por gastroscopia al evidenciar un fondo de saco a unos 3 cm de la unión gastroesofágica que impide el paso del endoscopio.

Se decide, por tanto, reintervenir a la paciente mediante laparotomía. En la cirugía se observa la lesión tras la disección cuidadosa de la tubulización, con una sección accidental de toda la luz y queda por encima de esta una distancia de unos 3-4 cm al cardias. Ante estos hallazgos se

decide abandonar el estómago distal y realizar un by-pass gástrico.

El postoperatorio de la paciente es favorable y se la da de alta a los 7 días de la segunda intervención. En los controles posteriores (tránsito un mes posterior al alta) se observa un paso y adecuado de contraste a través de la anastomosis (fig. 2).

Aunque las técnicas restrictivas, en general, y la GVL, en particular, se consideren intervenciones sencillas en cirugía bariátrica (en comparación con las técnicas mixtas), sus complicaciones son serias y ponen en peligro la vida del paciente.

Las principales complicaciones son la hemorragia (0-6,4%) y la fuga de la línea de sutura (0-20%). La mortalidad oscila entre el 0-3,2%<sup>3-5</sup>.

Gumbs et al publican la incidencia de complicaciones e incluyen a 646 pacientes que reciben GVL. La morbilidad incluye reintervenciones (4,5%), fugas (0,9%), estenosis (0,7%), hemorragia (0,3%), absceso intraabdominal (0,1%), infección de la herida (0,1%), lesión esplénica (0,1%) y hernia en la entrada del trocar (0,1%).

Un artículo reciente de Lalor et al<sup>6</sup> en el que se incluye a 146 pacientes presenta un 2,9% de complicaciones mayores: fuga gástrica (0,7%), absceso intraabdominal (0,7%), hemorragia (0,7%), y un caso de estenosis (0,7%) que requirió dilatación endoscópica.

La técnica quirúrgica es de vital importancia para disminuir el riesgo de complicaciones en el postoperatorio. Un trato cuidadoso de los tejidos, una utilización óptima de las endograpadoras y una hemostasia adecuada sin lesionar los

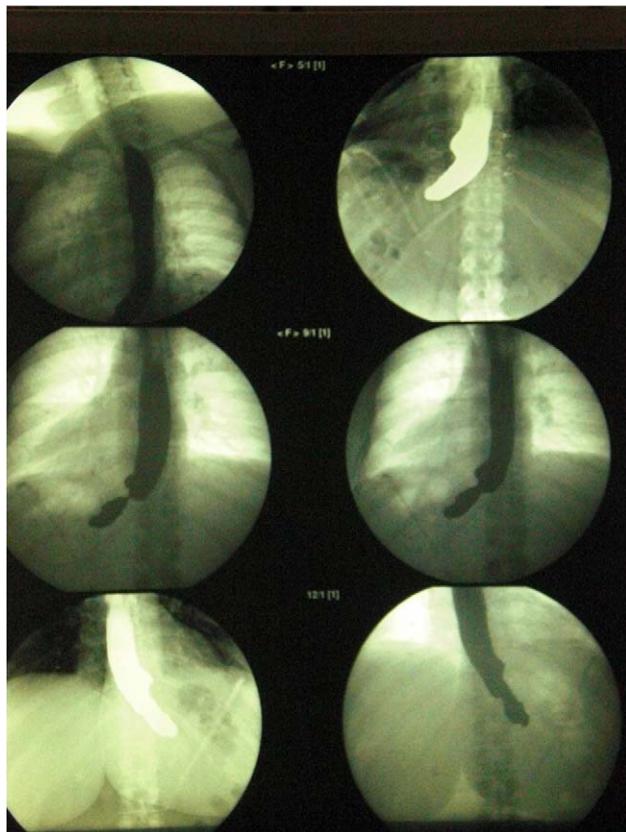


Figura 1 – Tránsito al tercer día.

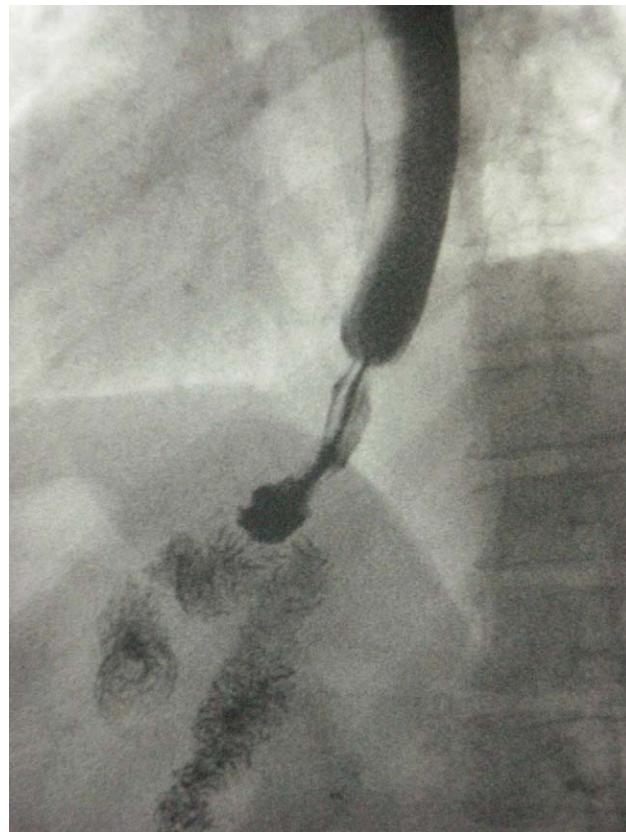


Figura 2 – Tránsito tras la cirugía.

tejidos al utilizar el electrocauterio o LigaSure® son pasos importantes<sup>7</sup>.

Durante la cirugía se debe ser extremadamente cuidadoso al realizar la sección gástrica. Se debe comprobar reiteradamente que la sonda de Faucher se mantiene colocada en su sitio antes de realizar la sección. Cualquier movimiento en falso de esta puede despistar al cirujano y crear una estenosis o un stop completo de la tubulización, y complicar el postoperatorio del paciente. En nuestra paciente creemos que el problema se debió a que tras la movilización de la sonda de Faucher tras la segunda sección, esta no se recolocó a lo largo de la tubulización y el siguiente disparo se realizó sin tutor, por lo que estenosó completamente la luz gástrica. Las estenosis en la GVL son más frecuentes en la incisura y parecen estar más relacionadas con el refuerzo de sutura que utilizan algunos cirujanos más que con el tamaño de la sonda. La angulación de la línea de sutura, el hematoma y el edema también pueden contribuir al desarrollo de una estenosis<sup>6</sup>.

Ante la duda de una complicación de este tipo, se debe realizar un tránsito. Este test radiológico permite detectar alteraciones en la integridad de la tubulización gástrica, como las fistulas en la línea de sutura, las alteraciones en el vaciamiento gástrico, la presencia de estenosis, la obstrucción completa o la existencia de remanentes gástricos colaterales<sup>8</sup>.

La mayor parte de las estenosis secundarias a GVL se resuelven de forma conservadora mediante dilataciones endoscópicas. Cuando esta no es efectiva o existe un stop (como en nuestro caso) obliga a la reintervención y a subir un asa en Y Roux<sup>9,10</sup>. Esta puede realizarse por vía laparoscópica, pero en nuestro caso decidimos realizar laparotomía ante las dificultades técnicas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Serra C, Pérez N, Bou R, Bengochea M, Martínez R, Baltasar A. Gastrectomía tubular laparoscópica. Una operación bariátrica con diferentes indicaciones. *Cir Esp.* 2006;75: 289-92.
2. Marceau P, Cabanac M, Frankham PC, Hould FS, Lebel S, Marceau S, et al. Accelerated satiation after duodenal switch. *Surg Obes Relat Dis.* 2005;1:408-12.
3. Aggarwal S, Kini SU, Herron DM. Laparoscopic sleeve gastrectomy for morbid obesity: A review. *Surg Obes Relat Dis.* 2007;3:189-94.
4. Burgos AM, Braghetto I, Csendes A, Maluenda F, Korn O, Yarmuch J, et al. Gastric leak after laparoscopic-sleeve gastrectomy for obesity. *Obes Surg.* 2009;19:1672-7.
5. Casella G, Soricelli E, Rizello M, Trentino, Fiocca F, Fantini A, et al. Nonsurgical treatment of staple line leaks after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Obes Surg.* 2009;19: 821-6.
6. Lalor PF, Tucker ON, Szomstein S, Rosenthal RJ. Complications after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis.* 2008;1:33-8.
7. Burgos AM, Braghetto I, Csendes A, Maluenda F, Korn O, Yarmuch J, et al. Gastric leak after laparoscopic-sleeve gastrectomy for obesity. *Obes Surg.* 2009;19: 1672-7.
8. González R, Nelson L, Gallagher S, Murr M. Anastomotic leaks after laparoscopic gastric bypass. *Obes Surg.* 2004;14:1299-307.
9. Hamoui N, Anthone GJ, Kaufman HS, Crookes PF. Sleeve gastrectomy in the high-risk patient. *Obes Surg.* 2006;16:1445-9.
10. Cottam D, Qureshi FG, Mattar SG, Sharma S, Holover S, Bonanomi G, et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy as an initial weight-loss procedure for high-risk patients with morbid obesity. *Surg Endosc.* 2006;20:859-63.

Manuel Ferrer Márquez\*, Manuel Ferrer Ayza, María del Mar Rico Morales y Ricardo Belda Lozano

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Torrecárdenas, Almería, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(M. Ferrer Márquez\).](mailto:manuferrer78@hotmail.com)

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:[10.1016/j.ciresp.2010.03.043](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2010.03.043)

## Apendicitis epiploica primaria: una causa de abdomen agudo no quirúrgico

## Primary epiploic appendicitis: a cause of non-surgical acute abdomen

El abdomen agudo es una entidad clínica que precisa un diagnóstico diferencial precoz entre las distintas causas que lo pueden ocasionar para la instauración de un tratamiento adecuado. Entre las numerosas etiologías de abdomen agudo se encuentra la apendicitis epiploica primaria (también

conocida por el término anglosajón de apendagitis) o torsión de un apéndice epiploico, enfermedad infradiagnosticada ya que en muchas ocasiones se incluye dentro del cajón de sastre de dolor abdominal inespecífico, y en otras el diagnóstico es erróneo<sup>1</sup>. No obstante, la apendicitis epiploica es una causa