

BIBLIOGRAFÍA

1. Sutherland DER, Gruessner RWG, Dunn DL, Matas AJ, Humar A, Kandaswamy R, et al. Lessons learned from more than 1,000 pancreas transplants at a single institution. *Ann Surg.* 2001;233:463-501. <http://dx.doi.org/10.1097/0000658-200104000-00003>.
2. Sollinger HW, Odorico JS, Becker YT, D'Alessandro AM, Pirsch JD. One thousand simultaneous pancreas-kidney transplants at a single center with 22-year follow-up. *Ann Surg.* 2009;250:618-29. <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181b76d2b>.
3. Ferrer-Fàbrega J, Cano-Vargas B, Ventura-Aguar P, Cárdenas G, García-Criado A, López-Boado M.A., et al. Early intestinal complications following pancreas transplantation: Lessons learned from over 300 cases – A retrospective single-center study. *Transpl Int.* 2021;34:139-52. <http://dx.doi.org/10.1111/tri.13775>.
4. Ferrer-Fàbrega J, Fernández-Cruz L. Exocrine drainage in pancreas transplantation: Complications and management. *World J Transplant.* 2020;10:392-403. <http://dx.doi.org/10.5500/wjt.v10.i12.392>.
5. Gruessner RWG, Sutherland DER, Troppmann C, Benedetti E, Hakim N, Dunn DL, et al. The surgical risk of pancreas transplantation in the cyclosporine era: An overview. *J Am Coll Surg.* 1997;185:128-44. [http://dx.doi.org/10.1016/S1072-7515\(01\)00895-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1072-7515(01)00895-X).
6. Stratta RJ, Sindhi R, Sudan D, Jerius JT, Radio SJ. Duodenal segment complications in vascularized pancreas transplantation. *J Gastrointest Surg.* 1997;1:534-44. [http://dx.doi.org/10.1016/S1091-255X\(97\)80070-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1091-255X(97)80070-4).
7. Nath DS, Gruessner A, Kandaswamy R, Gruessner RW, Sutherland DER, Humar A. Late anastomotic leaks in pancreas transplant recipients - Clinical characteristics and predisposing factors. *Clin Transplant.* 2005;19:220-4. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1399-0012.2005.00322.x>.
8. Goodman J, Becker YT. Pancreas surgical complications. *Curr Opin Organ Transplant.* 2009;14:85-9. <http://dx.doi.org/10.1097/MOT.0b013e328320a8ec>.
9. Goodgame RW. Gastrointestinal cytomegalovirus disease. *Ann Intern Med.* 1993;119:924-35. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-119-9-199311010-00010>.
10. Gruessner RWG, Manivel C, Dunn DL, Sutherland DER. Pancreaticoduodenal transplantation with enteric drainage following native total pancreatectomy for chronic pancreatitis: A case report. *Pancreas.* 1991;6:475-88. <http://dx.doi.org/10.1097/00006676-199107000-00017>.

José López-Fernández^a, Gabriel García-Plaza^a,
Sara María García-Quesada^b, Ismael Antón Fernández^a
y Juan Ramón Hernández-Hernández^a

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, España

^bServicio de Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jlopezfdez89@gmail.com

(J. López-Fernández).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.04.011>
0009-739X/

© 2021 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Manejo conservador de fístula gastro-pleural tras procedimiento POSE (primary obesity surgery endoluminal)

Conservative management of gastro-pleural fistula after POSE (primary obesity surgery endoluminal) procedure



Los procedimientos endoscópicos para el tratamiento de la obesidad han generado un interés creciente tanto en pacientes como en profesionales en los últimos años. Se postulan como una alternativa menos invasiva que la cirugía bariátrica convencional en aquellos individuos que no deseen someterse a intervenciones quirúrgicas de alto riesgo, y en los que haya fracasado la pérdida ponderal tras modificaciones en el estilo de vida. El procedimiento *primary obesity surgery endoluminal* (POSE) es una técnica en auge y de implementación progresiva por endoscopistas que, sin embargo, no está

exenta de complicaciones potencialmente graves para el paciente.

Presentamos el caso de una mujer de 34 años con obesidad grado I sin antecedentes, que se había sometido a un procedimiento endoscópico para la pérdida de peso según la técnica POSE hacía 10 días. La paciente había presentado algunos vómitos aislados que ya habían cedido. Acudió a urgencias por cuadro febril y tos no productiva de dos días de evolución, la exploración física era normal y en la analítica solo destacaba una leve leucocitosis con neutrofilia. La



Figura 1 – Proyección sagital TC. Se observa el fundus gástrico adherido al hemidiafragma izquierdo y el paso de una burbuja aérea (flecha) hacia la cavidad pleural a nivel del LII.

LII: lóbulo inferior izquierdo; TC: tomografía computarizada.

radiografía de tórax mostró una condensación basal izquierda. Se solicitó una tomografía computarizada (TC) de tórax-abdomen en la que se objetivó, en el segmento anterior basal del lóbulo inferior izquierdo (LII), una imagen en vidrio deslustrado de 26 x 30 x 17 mm con burbujas aéreas en su interior, asociada a una pequeña solución de continuidad en el hemidiafragma izquierdo adyacente al fundus gástrico (fig. 1). Se ingresó a la paciente y se instauró tratamiento antibiótico intravenoso durante 10 días. Se solicitó una endoscopia digestiva alta y un estudio con contraste esófago-gastro-duodenal, siendo ambas pruebas normales. También se requirió una nueva TC de tórax, con disminución del tamaño del absceso en LII y sin identificar solución de continuidad diafragmática, por lo que la paciente fue dada de alta hospitalaria 11 días después de su ingreso. La mujer continúa seguimiento en consulta, encontrándose asintomática y sin signos de recidiva 14 meses después.

El procedimiento POSE consiste en realizar de forma endoscópica una serie de pliegues a nivel de la pared gástrica con unos anclajes de sutura especiales, en ocho a nueve puntos del fundus gástrico y en tres a cuatro de la parte distal del cuerpo¹. El objetivo es reproducir los cambios que la cirugía bariátrica restrictiva provoca en la anatomía y fisiología gástrica. Además de reducir el volumen gástrico total, se han demostrado cambios fisiológicos como el retraso del vaciamiento, lo que se traduce en una saciedad precoz y prolongada en el tiempo². Espinós et al.¹ publican una primera serie de casos en el 2013. Sobre una muestra de 45 pacientes, comunican como complicaciones más frecuentes el dolor abdominal (33,3%) y las náuseas (13,3%). También describen un único caso de fiebre postoperatoria que se resolvió con

tratamiento antibiótico oral, sin especificar el foco u origen del mismo.

Hasta la fecha, solo se han llevado a cabo dos ensayos clínicos aleatorizados sobre POSE². El estudio MILEPOST³ fue un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico europeo que se publicó en el 2017, en el que solo se comunicaron como complicaciones el sangrado postoperatorio en dos pacientes. El estudio ESSENTIAL⁴ también se publicó en 2017, y se trató también de un ensayo clínico aleatorizado llevado a cabo en EE. UU., en el que se reportaron un 5% de efectos adversos totales, siendo los más frecuentes las náuseas (1,8%) y los vómitos (1,8%).

Según tenemos constancia, esta es la primera descripción en la literatura de una neumonía por fístula gastro-pleural tras procedimiento POSE.

Técnicas endoscópicas «poco invasivas» como la gastroplastia tubular endoscópica o el POSE se presentan como una alternativa para aquellos pacientes con obesidad grado I o II que no pueden o no desean someterse a una cirugía resectiva. Si bien este tipo de procedimientos se realizan de forma habitual en régimen ambulatorio, un seguimiento estrecho y temprano del paciente es necesario tras el alta, fundamentalmente durante los primeros siete a 10 días, que es el período de tiempo en el que se podrían presentar las principales complicaciones propias de la técnica.

Una fístula gastro-pleural puede ser un foco infeccioso grave que comprometa la vida del paciente, aunque podemos optar por un manejo conservador con antibióticos y restricción de la ingesta oral en aquellos que se encuentren estables y oligosintomáticos, como en el caso descrito. El papel del cirujano radica en el conocimiento tanto de la técnica como de las posibles complicaciones, ya que el tratamiento definitivo de algunas de ellas puede implicar un manejo quirúrgico si fracasara la terapia conservadora.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espinós JC, Turró R, Mata A, Cruz M, Da Costa M, Villa V, et al. Early experience with the incisionless operating platform™ (iop) for the treatment of obesity: The primary obesity surgery endolumenal (pose) procedure. *Obes Surg.* 2013;23:1375-83.
2. Jaruvongvanich V, Maselli DB, Matar R, Abu Dayyeh BK. Endoscopic suturing and plication in the stomach for weight loss. *Minim Invasive Ther Allied Technol.* 2020 Sep 23:1-7. doi: 10.1080/13645706.2020.1818582. Epub ahead of print. PMID: 32965142.
3. Miller K, Turró R, Greve JW, Bakker CM, Buchwald JN, Espinós JC. MILEPOST Multicenter Randomized Controlled Trial: 12-Month Weight Loss and Satiety Outcomes After pose SM vs Medical Therapy. *Obes Surg.* 2017;27:310-22.
4. Sullivan S, Swain JM, Woodman G, Antonetti M, De La Cruz-Muñoz N, Jonnalagadda SS, et al. Randomized sham-controlled trial evaluating efficacy and safety of endoscopic gastric plication for primary obesity: The ESSENTIAL trial. *Obesity (Silver Spring).* 2017;25:294-301.

José López-Fernández^{a*}, Gabriel García-Plaza^a,
Sara María García-Quesada^b, Ismael Antón Fernández^a
y Juan Ramón Hernández-Hernández^a

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo
Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Las Palmas
de Gran Canaria, España

^bServicio de Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario Universitario
Insular Materno-Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jlopezfdz89@gmail.com
(J. López-Fernández).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.04.003>

0009-739X/© 2021 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Todos los derechos reservados.