



P-480 - CONSECUENCIAS DE UN FALSO SLEEVE GÁSTRICO

J.A. García Marín, R.J. Lirón Ruiz, J.A. Torralba Martínez, J.G. Martín Lorenzo, M.Á. Verdú Fernández, M.Á. Jiménez Ballester, E. González Sánchez Migallón y J.L. Aguayo Albasini

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción: El Sleeve gástrico es una técnica indicada en cirugía bariátrica que en los últimos años está en auge dada su “fácil” reproductibilidad y “escasa” tasa de complicaciones. Presentamos el caso clínico de un paciente que requirió cirugía urgente por sepsis abdominal grave secundaria a una errónea técnica quirúrgica.

Caso clínico: Varón de 35 años intervenido en su país de origen (Latinoamérica) por superobesidad mediante un Sleeve gástrico laparotómico que presentó como complicación un “hematoma” de pared abdominal. En los siguientes tres meses es valorado en urgencias de nuestro hospital por varias complicaciones: Absceso de pared abdominal que precisa drenaje, ingreso y estudio complementario donde se objetiva “remanente gástrico no extirpado”. Hemorragia digestiva alta que requirió transfusión de hemoderivados. Al octavo mes postoperatorio es valorado por dolor abdominal, fiebre de alto grado y masa palpable a nivel del hipocondrio izquierdo asociado a un cuadro de sepsis. Se solicitan pruebas complementarias, observando en el TC un gran absceso retroperitoneal cuyo probable origen se sitúa a nivel de una fístula entre el tubular gástrico y un remanente gástrico no extirpado. Se realiza laparotomía urgente, evidenciando un gran absceso retroperitoneal necrotizante que desplaza el colon izquierdo hasta el ángulo esplénico. Se realiza despegamiento del colon izquierdo y drenaje del absceso retroperitoneal, objetivándose un trayecto ascendente y retropancreático que se dirige hacia el hiato esofágico. Se realiza adhesiolisis comprobando la existencia de una fístula entre la porción superior del tubular gástrico y un remanente gástrico no extirpado que se dirige hacia el retroperitoneo. Se extirpa el remanente gástrico y la fístula mediante Endo-Gia® y refuerzo sero-seroso manual con drenaje tipo Penrose a nivel del trayecto fistuloso y tipo Martí. Palanca en la cavidad del absceso. Se inició tratamiento con nutrición parenteral total, sonda nasogástrica y antibioterapia de amplio espectro. El postoperatorio durante la primera semana transcurrió en UCI, sin complicaciones, pasando posteriormente a planta. Fue dado de alta con tránsito esofagoduodenal normal en el 21 día postoperatorio. Semanas más tarde se comprobó persistencia de la fístula del tubular gástrico, que precisó 4 semanas de tratamiento antibiótico, nutrición parenteral y drenaje radiológico, sin resolución de la misma. Se optó por la colocación de una endoprótesis biodegradable, con buenos resultados ya que al seguimiento a 12 meses no hay evidencia de fístula gástrica.

Discusión: El Sleeve gástrico es una técnica indicada en cirugía bariátrica con una tasa de complicaciones del 3-5%. Aunque a priori es una técnica más sencilla y por ello más fácilmente

reproducible es imprescindible su realización por grupos expertos y adecuadamente formados en cirugía de la obesidad con el objetivo de minimizar los riesgos y las complicaciones que en algunos casos pueden poner en peligro la vida del paciente.