



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-395 - DOBLE ENDOPRÓTESIS ESOFAGOGÁSTRICA EN UN COMPLICADO CASO DE FÍSTULA PLEURAL PERPETUA TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA HACE 32 AÑOS

Acosta Mérida, M^a Asunción; Ortiz López, David; Fernández Quesada, Carlos; Casimiro Pérez, José A.; Armas Ojeda, M. Desirée; Alemán Pérez, Néstor J.; Dur Machado, Oliver; Marchena Gómez, Joaquín

Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: La cirugía bariátrica hoy en día presenta baja morbimortalidad, pero no está exenta de complicaciones, algunas de ellas graves y de muy difícil manejo, como el caso que presentamos a continuación.

Caso clínico: Mujer de 60 años, con diabetes y enfermedad de Paget. Sometida en 1988 a gastroplastia de Mason con banda + colecistectomía abierta, por superobesidad. En 1995 se realizó eventroplastia con malla y abdominoplastia. En 2001 requiere histerectomía y doble anexectomía con braquiterapia por Ca cérvix. En 2014, presenta vómitos persistentes por inclusión de la anilla y se reinterviene, ante la imposibilidad de retirada endoscópica, realizándose gastroplastia vertical abierta sin lograr extraer la banda. En estudio por dolores cólicos, diarreas malolientes, vómitos y pérdida de peso (IMC 20,6), se evidencia en 2017 fístula gastro-cólica. En 2019, tras varias endoscopias con intento infructuoso de cierre del orificio gástrico, se coloca endoprótesis bariátrica. 48h después, la paciente entra en shock séptico por peritonitis fecaloidea tras angulación y salida parcial de la endoprótesis a cavidad abdominal, perforación libre de fístula gastro-cólica fistulizada a pleura izquierda. Se realiza laparotomía urgente con desbridamiento-drenaje de la colección subfrénica, extracción transabdominal de la endoprótesis y cierre con endograpadora del defecto gástrico, resección segmentaria del ángulo esplénico del colon incluyendo el orificio fistuloso con anastomosis colo-cólica y yeyunostomía de alimentación. Durante el postoperatorio requiere dos reintervenciones: una por fuga de la anastomosis, realizándose colostomía derecha, y otra por sangrado y fístula enterocutánea, realizándose drenaje y packing por imposibilidad de acceso a la cavidad debido a un grave bloqueo adherencial. La paciente presenta postoperatorio tórpido con persistencia de la fístula enterocutánea, reapertura del orificio gástrico con fistulización pleural izquierda y subfrénica, empiema que requiere drenaje torácico, recaídas sépticas por gérmenes multirresistentes y múltiples reingresos en la Unidad de Reanimación. Se coloca derivación biliar transparietohepática, drenaje percutáneo de la colección subfrénica y sonda de Foley vehiculizando la fístula enterocutánea. En mayo 2020, tras estabilización clínica, coloca endoprótesis metálica totalmente cubierta, persistiendo fuga. En junio 2020 se introduce segunda endoprótesis, que reduce la fuga pero persiste extravasación entre ambas, complicándose con broncoaspiración e incrustación del stent en la mucosa esofágica. El 9 de julio 2020 se consigue retirar la prótesis proximal incrustada, se reposiciona la prótesis distal y se introduce otra prótesis esofágica cubriendo completamente el orificio fistuloso, con ausencia de fuga en EGD de control. Actualmente

la paciente está en proceso de recuperación satisfactoria, con inicio de la tolerancia oral.

Discusión: Aunque la cirugía bariátrica cada vez es más segura, existen complicaciones graves, potencialmente mortales, con difícil solución, que pueden llevar al paciente a entrar en un bucle sin aparente salida. Para abordar estas situaciones, estrategias que incluyan la combinación de diferentes procedimientos y acción sinérgica del acceso endoscópico y la cirugía, pueden ser la única alternativa para resolver el complejo proceso del paciente.