



P-334 - FISTULA TRAS GVL. DIFÍCIL MANEJO POSQUIRÚRGICO

M. Ferrer Márquez, R. Belda Lozano, J.C. Navarro Duarte y M. Ferrer Ayza

Hospital Torrecárdenas, Almería.

Resumen

Introducción: El hecho de que la gastrectomía vertical laparoscópica 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 otros procedimientos, es una cirugía más asumible desde el punto de vista laparoscópico, pero se debe saber que sus complicaciones pueden incluso ser más serias que las de otras técnicas.

Caso clínico: Paciente con IMC de 61,3 Kg/m², con SAOS en tratamiento con cPAP. Se intervino practicando una GVL. A las 48 horas se realizó prueba de estanqueidad con azul de metileno y a las 72 horas la paciente fue dada de alta con dieta líquida. Dos semanas después, la paciente ingresó por cuadro de fiebre sin dolor abdominal, y en el TAC urgente realizado se objetivó una colección abdominal importante secundaria a una fístula gástrica. Ante la situación de la paciente, se decidió intervenir con el objetivo de drenar el absceso, lavar la cavidad y dejar un drenaje. Se comenzó con tratamiento conservador. Tras mes y medio, el débito por drenaje disminuyó de forma importante, pero en las pruebas de imagen se mantuvieron los signos de la fístula. Se intentó colocación de stent recubierto que tuvo que ser retirado a los cuatro días por mala tolerancia de la paciente. Tras cinco meses íntegros de tratamiento conservador, y ante la demanda de la paciente se decidió intervenir para intentar solucionar quirúrgicamente el problema. Durante la intervención se objetivó una fístula puntiforme centrada de tejido sano, por lo que se decidió cierre simple e invaginación (doble sutura). Durante las dos semanas posteriores a la cirugía, los test de estanqueidad fueron negativos por lo que la paciente fue dada de alta. Dos meses después volvió a ingresar por fiebre y disnea con una TAC que informó de gran absceso abdominal y derrame pleural izquierdo secundario a fístula gástrica. El absceso se drenó bajo punción endoscópica y la fístula se mantuvo con un débito diario de 20 cc durante dos meses. Se decidió nueva intervención con la idea de disminuir la presión intraluminal y se realizó bypass gástrico. Desde la última intervención, la paciente se encuentra asintomática, tolerando dieta y con pruebas radiológicas negativas.

Discusión: El manejo de la fístula tras GVL es difícil, ya que el tratamiento conservador no siempre tiene buen resultado y puede cronificarse durante meses. Cuando el tratamiento conservador no es exitoso, la mayoría de los autores defienden como siguiente paso la utilización de stents flexibles recubiertos con la intención de conseguir un "bypass temporal" de la fístula. Otros tratamientos propuestos son los sellantes (pegamentos biológicos) vía endoscópica con resultados controvertidos. En aquellos casos que no respondan a ningún tratamiento, debe valorarse la posibilidad de actuar sobre la estenosis distal (en caso de que ésta exista) mediante dilataciones endoscópicas. Si no

quede otra opción que la quirúrgica, se debe evitar el cierre simple de la fístula aun cuando se localice, e intentar disminuir la presión intraluminal gástrica mediante la conversión de la técnica en bypass gástrico.