



P-071 - FÍSTULA EN LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA 12 AÑOS DESPUÉS DE UNA GASTRECTOMÍA VERTICAL. UNA COMPLICACIÓN INUSUAL

García-Vega, Celia; Ortiz, Sergio; Estrada, José Luis; Carbonell, Silvia; Marco-Gómez, María; Rubio, Juan Jesús; Gracia, Esther; Ramia, José Manuel

Hospital General Universitario, Alicante.

Resumen

Introducción: La gastrectomía vertical (GV) es una de las técnicas más empleadas en cirugía bariátrica debido a sus buenos resultados y a su teórica simplicidad técnica. Sin embargo, es un procedimiento que no está exento de morbilidad, siendo la fuga próxima a la unión esofagogástrica (UEG) la complicación más temida y grave alcanzando una incidencia de hasta el 2,1% (1,1-5,3%). Generalmente se manifiestan en el posoperatorio temprano, siendo su presentación tardía una entidad inusual. **Caso clínico:** Presentamos el caso excepcional de un paciente que manifiesta una fístula en la UEG muy tardía, 12 años después de una GV. Varón de 49 años intervenido hace 12 años de una GV, con buena pérdida ponderal. En agosto de 2022 presenta clínica de disnea, fiebre, dolor en hombro izquierdo y dolor pleurítico en base pulmonar izquierda con expectoración. Se realiza TAC toraco-abdominal donde describen una condensación pulmonar en LII compatible con neumonía necrotizante y dos abscesos intrabdominales (yuxtapéptico y subfrénico izquierdo). Se realiza una gastroscopia que evidencia dos orificios fistulosos a nivel de la UEG de apariencia crónica colocándose una prótesis metálica recubierta. Dos semanas después el paciente reingresa por dolor retroesternal y epigástrico junto con salivación intensa y dolor irradiado a hombro izquierdo. Se le realiza TAC con contraste oral evidenciando extravasación del mismo a nivel de la UEG caudal a la prótesis esofágica con 2 trayectos fistulosos a región subdiafragmática izquierda y a colon descendente. Se retira prótesis metálica por intolerancia y migración de la misma, sutura endoscópica con Apollo del orificio fistuloso y se coloca sonda nasoyeyunal para nutrición enteral. Tras 2 meses se realiza nuevo TAC que evidencia persistencia de la fístula por lo que se propone intervención quirúrgica. En noviembre de 2022 se realiza *bypass* gástrico en Y de Roux sin tratamiento del orificio fistuloso. Actualmente, el paciente está asintomático y con buena tolerancia oral. El TAC con contraste oral realizado a los 3 meses, objetiva 2 pequeñas cavidades con contenido aéreo, pero sin extravasación de contraste.

Discusión: La fístula tardía crónica en la UEG tras GV, como la presentada en nuestro caso, es una entidad rara y compleja que carece de un tratamiento estandarizado. Dependiendo de la magnitud de la fístula y de la repercusión clínica, el tratamiento puede abarcar desde manejo conservador con antibioterapia, nutrición enteral o parenteral, drenajes y/o tratamientos endoscópicos, o requerir en los casos en que los tratamientos previos hayan fracasado la cirugía. El empleo de tratamientos no quirúrgicos suele presentar resultados prometedores con resoluciones que pueden alcanzar hasta el 83,4%. Pero estos resultados se ven mermados cuanto mayor es el tiempo de evolución de la fístula,

haciendo más probable la necesidad de requerir una cirugía. Disponemos de varias opciones quirúrgicas entre las que se encuentran, el *bypass* en Y de Roux, la gastrectomía total y la fistuloyeyunostomía en Y de Roux. Pocos estudios sobre fístulas tan tardías han sido publicados en la literatura, por lo que la superioridad de una técnica quirúrgica sobre otra no se encuentra definida.