



P-150 - MIGRACIÓN INTRALUMINAL DE DRENAJE DE PENROSE A TRAVÉS DE ORIFICIO FISTULOSO GÁSTRICO COMO CAUSA DE LA PERSISTENCIA DE FÍSTULA TRATADA MEDIANTE ENDOPRÓTESIS

Castillo Tuñón, Juan Manuel; Gila Bohórquez, Antonio; Domínguez-Adame Lanuza, Eduardo

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: La fístula gástrica tras gastrectomía vertical laparoscópica perpetuada por tubo de drenaje ha sido raramente reportada. La incidencia de la fístula gástrica es dependiente del tipo de cirugía siendo, de acuerdo a recientes meta-análisis, en gastrectomía vertical laparoscópica del 2,2%. El diagnóstico depende más de pruebas complementarias como la esófago-gastroenterografía y TC (tomografía computarizada) tóraco-abdominal. El tratamiento, en un principio y con el paciente estable, debe ser conservador, incluyendo la administración de nutrición parenteral, fármacos como la somatostatina, antibióticos y dieta absoluta.

Caso clínico: Presentamos varón de 30 años con obesidad mórbida sometido a cirugía bariátrica mediante gastrectomía vertical laparoscópica. Tras dos días de alta domiciliaria, acude por fiebre, dolor abdominal y vómitos, así como leucocitosis y PCR (proteína C reactiva) elevada. La TC muestra aumento de la densidad grasa con pequeña cantidad de líquido libre junto a cámara de neumoperitoneo. Se diagnostica de dehiscencia de la sutura con necesidad de cirugía urgente donde se realiza nueva sutura de la zona de dehiscencia y se dejan dos drenajes de Penrose, uno en la vecindad y otro en el espacio de Morrison. La paciente, en el postoperatorio, presenta evolución tórpida diagnosticándose de fístula gástrica, decidiéndose colocación endoscópica de endoprótesis. La paciente mantiene la clínica, realizándose nueva endoscopia que evidencia ruptura de la endoprótesis y migración del Penrose a la cavidad gástrica por el orificio fistuloso. Se retira el mismo junto a la endoprótesis, disminuyendo en días posteriores el débito siendo dada de alta sin más incidencias.

Discusión: Los drenajes son usualmente utilizados en cirugía abdominal. Sus complicaciones son infrecuentes siendo la infección abdominal la más diagnosticada habitualmente debido a úlceras por contacto en los tejidos. Entre ellas se encuentra la fístula, en nuestro caso, gástrica. La literatura científica relativa a ello es escasa. En nuestro caso el diagnóstico se sospechó por el antecedente quirúrgico previo de dehiscencia de la paciente y la colocación de los drenajes. Habitualmente el diagnóstico es difícil de realizar, precisando de estudios gastroenterográficos para ello. Según las referencias consultadas el drenaje empleado debe ser retirado lo más precozmente tras la cirugía, recomendando algunos autores, retirar el mismo cuando el débito sea menor de 25 ml en 24 horas. Recomiendan además colocarlos en lugares que eviten contacto directo con estructuras vasculares, orgánicas o anastomosis. En nuestro caso, se colocó en la vecindad de la dehiscencia, migrando el

mismo a la línea de sutura gástrica. El tratamiento de este tipo de fístulas gástricas suele realizarse de manera conservadora mediante la retirada del drenaje previo lavado de la cavidad por el mismo. En nuestro caso, al coincidir con la endoprótesis anteriormente colocada, se tuvieron que retirar conjuntamente ambas. Se recomienda el uso de somatostatina, nutrición parenteral y antibioterapia empírica. Se trata de un cuadro infrecuente cuyo diagnóstico es fundamentalmente con pruebas complementarias. El manejo del cuadro, si no presenta signos de peritonitis aguda, debe ser conservador, mediante la retirada del drenaje y administración paralela de somatostatina, antibióticos y nutrición parenteral.