



P-438 - FÍSTULA POSGASTRECTOMÍA VERTICAL DE DIFÍCIL MANEJO. CASO CLÍNICO

Medina Manuel, Esther; Tamayo Rodríguez, M^a Encarnación; Fernández López, Antonio José; Sánchez Cifuentes, Ángela; Martínez Sanz, Nuria; Luján Martínez, Delia María; Peña Ros, Emilio; Albarracín Marín-Blázquez, Antonio

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Introducción: La gastrectomía vertical laparoscópica es una técnica efectiva en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. A pesar de que aparentemente sea un procedimiento sencillo, su tasa de complicaciones postoperatorias no es despreciable (3-24%). La fístula tras la gastrectomía tubular representa una de las complicaciones más temidas con un difícil reto en su manejo.

Objetivos: Presentar el diagnóstico, tratamiento y evolución de una fístula postoperatoria tras la gastrectomía tubular.

Caso clínico: Paciente mujer de 55 años, con DM tipo 2 de años de evolución, dislipemia, enfermedad de Forestier, SAOS grave, es valorada en Unidad de cirugía bariátrica por presentar un IMC de 40,26 Kg/m². Es sometida a cirugía y se realiza una gastrectomía vertical sin complicaciones inmediatas y es alta hospitalaria al 3^{er} día postoperatorio. Reingresa el 22^o día postoperatorio por presentar fiebre y dolor abdominal. La paciente acude a urgencias en el 22^o día postoperatorio por dolor abdominal en hipocondrio izquierdo y fiebre. Se le realiza un TC que evidencia dehiscencia de la anastomosis, con salida de contraste oral y colecciones periesplénicas. Se procede a la colocación endoscópica de una endoprótesis esófago-gástrica autoexpandible (HANAROSTENT 180 × 90 mm), drenaje percutáneo de las colecciones y se instaura tratamiento antibiótico de amplio espectro. Tras la retirada de la prótesis a las seis semanas de su emplazamiento, en la endoscopia se objetiva orificio fistuloso a 3 cm de la unión esofagogástrica, por donde mana material purulento. Se decide recolocación de nueva prótesis endoscópica. Ante la no mejoría de la paciente 81^o día postoperatorio se procede a la colocación mediante EDA de un OVESCO (punto o grapa endoscópica) en el orificio fistuloso. La paciente mejora clínica y radiológicamente por lo que es dada de alta. Tras 10 días acude nuevamente con fiebre y clínica de fístula gastrocutánea. El TC evidencia fracaso de la sutura endoscópica y nuevamente muestra la fístula. Finalmente es reintervenida a los 5 meses de la primera cirugía y se realiza gastrectomía proximal parcial y esófago-yeyunostomía en Y de Roux. La paciente evoluciona satisfactoriamente siendo alta hospitalaria. Actualmente se encuentra asintomática, con un IMC actual de 26,6 kg/m² con algún vómito esporádico no relacionado con la ingesta. En el tránsito baritado de control se evidencia pequeña región estenótica, sin repercusión clínica.

Discusión: La fístula posgastrectomía tubular es una complicación de difícil manejo y que implica una coordinación multidisciplinar. Actualmente se promueve el manejo de dicha complicación mediante prótesis autoexpandibles endoscópicas, y drenaje percutáneo radiológico de las colecciones intraabdominales. En el presente caso estas medidas fueron insuficientes para su resolución. La cirugía encuentra su indicación en el fallo de todos estos escalones terapéuticos previos.