



P-505 - EL RETO DEL TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA

Delegido, Ana; Frutos, M^a Dolores; Ruiz de Angulo, David; Munitiz, Vicente; Gómez, Beatriz; Parrilla, Pascual

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción: La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) se ha extendido extraordinariamente entre los cirujanos bariátricos en los últimos años debido a su aparente simplicidad técnica y a sus buenos resultados a corto-medio plazo. Sin embargo, no está exenta de complicaciones, entre ellas la más frecuente, grave y temida es la fuga, cuyo diagnóstico y tratamiento a veces supone un reto para el cirujano.

Casos clínicos: Presentamos 6 pacientes con fístula tras GVL. Las fístulas se confirmaron por TC, el 50% en la primera semana postoperatoria y el otro 50% fueron tardías con clínica similar de fiebre, disnea, taquicardia y dolor abdominal. Tres pacientes con fístula temprana precisaron re-laparoscopia para lavado y colocación de drenajes previa a endoprótesis, y otra con fuga más tardía precisó cirugía abierta por obstrucción intestinal. En dos de los pacientes se recolocó la endoprótesis por migración. En una paciente fue necesaria la retirada de la prótesis a las 4 semanas por hemorragia digestiva alta por úlcera de decúbito. Todas portaron SNY para nutrición enteral, salvo una que recibió nutrición parenteral por mala tolerancia. En la actualidad todas están asintomáticas. En la tabla se recogen los datos clínicos y terapéuticos más relevantes

Paciente	Tiempo de aparición	Clínica	Tratamiento	Otras complicaciones	Alta	Retirada prótesis
M, 29a	6 días (TAC y endoscopia)	Distrés respiratorio, taquicardia	Cirugía: lavado + drenaje Prótesis (1)	Colección (drenaje radiológico)	27 días	4 semanas
M, 51a	2 días (TAC)	Fiebre, taquicardia.	Cirugía: lavado + drenaje Prótesis (3)	Colección (drenaje RX)	60 días	6 semanas
M, 25a	4 días (TAC)	Dolor abdominal	Cirugía: sutura + drenaje Prótesis (2)	Colección (drenaje RX) Trombosis yugulosubclavia derecha (anticoagulación) Bronconeumonía	77 días	7 semanas

M, 63a	50 días (TAC)	Disnea, fiebre	Prótesis (1)	Derrame pleural Hematemesis	43 días	4 semanas
M, 29a	60 días (TAC)	Disnea, fiebre, taquicardia	Prótesis (1)	Empiema pleural (tubo de tórax)	22 días	5 semanas
M, 62a	4 años (TAC)	Fiebre, estreñimiento, dolor abdominal	Cirugía: resección + drenaje Prótesis (2)	Obstrucción intestinal (cirugía)	34 días	8 semanas

Discusión: El auge de la GVL en los últimos años ha implicado un aumento en la incidencia de la fuga hasta un 5,3%. El 89% de las fugas son proximales, presentando una mortalidad alrededor del 9%. Se produce fundamentalmente en los primeros 7 días, (más frecuente primeras 48 horas) aunque se han descrito casos de aparición tardía. Su inespecífica clínica, conlleva una alta sospecha clínica y obliga a la realización de TAC toracoabdominal urgente. En nuestra serie optamos por el tratamiento conservador, con colocación de prótesis endoscópicas, drenajes radiológicos de las colecciones, y sonda nasoyeyunal para nutrición enteral. La retirada de la prótesis debe realizarse en 6-8 semanas para evitar complicaciones. Por tanto, apoyamos el manejo conservador y el uso de la endoprótesis como recurso terapéutico para el tratamiento de la fístula tras GVL, siempre que nos encontremos en un medio donde contemos con este recurso de manera inmediata y con especialistas experimentados para disminuir la morbimortalidad de estos pacientes.