



## O-152 - MANEJO DE LA FUGA GÁSTRICA TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA: REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 7 AÑOS EN NUESTRO CENTRO

E. Raga<sup>1</sup>, M. Vives<sup>1</sup>, F. Sabench<sup>2</sup>, S. Blanco<sup>1</sup>, M. Hernández<sup>1</sup>, A. Molina<sup>2</sup>, L. Piñana<sup>1</sup>, M. París<sup>1</sup>, A. Muñoz<sup>1</sup> y D. del Castillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Sant Joan, Reus. <sup>2</sup>Universitat Rovira i Virgili. Facultat de Medicina, Reus.

### Resumen

**Introducción:** La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) fue concebida como un primer paso en técnicas mistas en pacientes con obesidad mórbida grave, pero ha adquirido protagonismo como técnica quirúrgica única por sus resultados en cuanto a pérdida ponderal y mejora de las comorbilidades. Las fugas a nivel de la línea de grapas son causa importante de morbi-mortalidad. Su manejo dependerá de la severidad y la presentación clínica de las mismas. Nuestro objetivo es describir y determinar los factores que pueden predisponer a la aparición de fugas postoperatorias dentro del algoritmo diagnóstico/terapéutico para su manejo, revisando los casos acontecidos en nuestro Hospital Universitario en los últimos siete años.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos de GVL desde el año 2006 al 2012. Se realizaron 207 GVL y en todas las intervenciones se utilizó una sonda de 38. La distancia entre el píloro varía entre 3 y 8 cm, según estudio aleatorizado en proceso. En todos los casos se utilizó refuerzo de la línea de sutura mediante material tipo Seamguard<sup>®</sup>. Se realizó test de fuga con azul de metileno en todas las GVL, así como un tránsito esófago-gástrico duodenal (TEGD) con contraste oral a las 24 horas postoperatorias.

**Resultados:** Se revisaron las historias clínicas de los 207 pacientes intervenidos de GVL; un 3,8% (n = 8) presentaron fuga gástrica a nivel de la línea grapas (75% (n = 6) mujeres y 25% (n = 2) hombres). Edad media de 41,9 años ( $\pm$  8,9), IMC medio prequirúrgico 48,5 Kg/m<sup>2</sup> y peso medio prequirúrgico de 132,3 kg ( $\pm$  26). Un 50% de los pacientes con DM2 y un 87,5% (n = 7) con HTA. Un 62,5% (n = 5) de los pacientes que presentaron una fuga gástrica tenían antecedentes quirúrgicos previos (apendicectomía o colecistectomía). El 37,5% (n = 3) de las fugas se detectaron mediante TEGD, el 12,5% (n = 1) mediante FGS y el 50% (n = 4) mediante TAC. La presentación de la fuga fue de forma precoz (< 2º día de la intervención) en un 62,5% de los pacientes (n = 5). El manejo terapéutico fue conservador mediante drenaje en el 87,5% (n = 7) de los pacientes. Dos pacientes requirieron reintervención: uno de ellos presentaba un cuadro séptico, ya no llevaba drenaje, y se realizó laparoscopia exploradora con lavados, hemostasia local y colocación nuevamente de drenaje. En otro paciente se colocó una prótesis endoscópica al 11º día del postoperatorio por una fuga tardía, detectada gracias al drenaje, después de un cuadro de hemoperitoneo por úlcera prepilórica sangrante tratada quirúrgicamente mediante laparotomía y cierre de la úlcera. Estancia media ponderada de 40 días. Ningún caso de mortalidad.

**Conclusiones:** La fuga gástrica tras GVL es una complicación cuyo manejo debe basarse en la presentación clínica y la sospecha diagnóstica. La presencia de comorbilidades o la cirugía previa puede ser un factor importante a tener en cuenta para esta complicación. Un correcto algoritmo terapéutico con la colocación sistemática de drenaje permite tratar de forma conservadora a la mayoría de los pacientes, dejando la cirugía como última opción cuando han fallado las medidas conservadoras o cuando el paciente presenta un cuadro agudo o séptico.