



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-485 - TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA PERSISTENTE TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL; A PROPÓSITO DE UN CASO COMPLEJO

*Lucendo Ramírez, Jesús; Gómez García, M<sup>a</sup> Eugenia; Ripoll Martín, Roberto; Vicente López, Marta; Velayos García, Paula; Pascual Nadal, Juan José; Ots Gutiérrez, José Ramón; Oliver García, Israel*

*Hospital Marina Baixa, Villajoyosa.*

### Resumen

**Objetivos:** La gastrectomía vertical, desde su descripción en 2003 por Michel Gagner, ha ido ganando adeptos hasta consolidarse como la técnica restrictiva por excelencia, y una de las dos intervenciones más realizadas en cirugía bariátrica. La fuga de la línea de grapas tras la realización de una gastrectomía vertical es una complicación posoperatoria grave, que suele manifestarse más tardíamente en comparación a las fugas de otras técnicas bariátricas, con una incidencia de en torno al 5%, y que en la mayoría de casos suele ubicarse en las proximidades del ángulo de His. La sintomatología puede implicar desde signos inespecíficos como taquicardia o febrícula, hasta dolor abdominal no siempre con irritación peritoneal asociada. Aunque en pacientes inestables o con dudas diagnósticas se recomienda la laparoscopia exploradora, el amplio desarrollo de la endoscopia terapéutica ha supuesto un incremento de las herramientas disponibles para el manejo de estos pacientes, suponiendo una alternativa eficaz y mínimamente invasiva.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 52 años, con IMC de 39,3 y antecedentes de HTA y SAOS, a la que se realiza una gastrectomía vertical laparoscópica, siendo dada de alta a los tres días tras un posoperatorio sin incidencias. Dos semanas después acude a Urgencias por dolor abdominal y fiebre de 39 °C, siendo diagnosticada mediante TC de colección subfrénica adyacente al área de sutura. Se decide ingreso para tratamiento conservador, pero ante la mala evolución clínica con empeoramiento de parámetros analíticos se indica laparoscopia exploradora, realizando lavado y colocación de drenaje. A las 24 horas se realiza endoscopia diagnóstica que confirma fuga en el ángulo de His, programándose nueva endoscopia para colocación de endoprótesis y sonda nasoyeyunal. Tras drenaje percutáneo de colección residual, la paciente es dada de alta con buena tolerancia oral. Sin embargo, a los días la paciente consulta por obstrucción de la sonda nasoyeyunal, evidenciando en la endoscopia un prolapso mucoso a través de la prótesis, el cual condiciona cierre de la luz gástrica, precisando recambio de la sonda por una de mayor calibre. Tras múltiples valoraciones en Urgencias en las 4 semanas consecutivas por intolerancia oral y persistencia de débito seropurulento por el drenaje, se decide ingreso para retirada de endoprótesis y plantear estrategia terapéutica según hallazgos endoscópicos. Ante la persistencia de fístula y el prolapso mucoso que evidenciaba el fracaso terapéutico de la endoprótesis, se opta por la colocación de clip tipo Ovesco de 12 mm de diámetro. La paciente recibe el alta médica días después con buena evolución, encontrándose asintomática, sin alteración de parámetros infecciosos, buena tolerancia oral y test de azul de metileno negativo para fuga.

**Discusión:** La fístula en el ángulo de His es la complicación más severa tras la gastrectomía vertical. El sellado de la fístula con clips tipo Ovesco puede suponer una opción eficaz en su manejo, en casos de persistencia de la misma por fracaso terapéutico de la endoprótesis.