



## P-070 - FÍSTULA GASTROCÓLICA TARDÍA Y DE GRAN TAMAÑO TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL

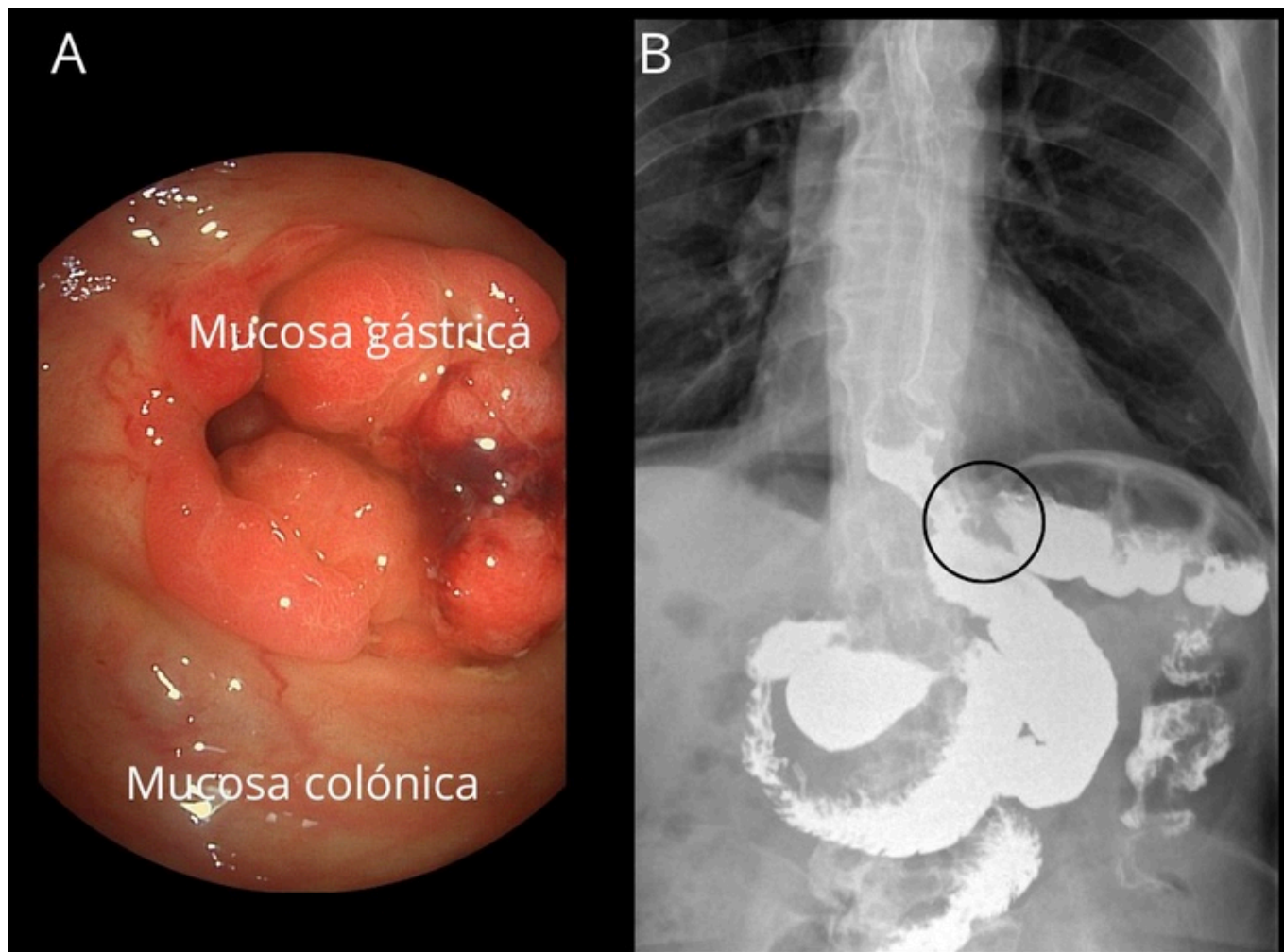
*Peidro Parres, Sara; Serra Díaz, Carlos; Pérez Climent, M.<sup>a</sup> de las Nieves; Cortés Climent, Javier; Cejudo Berenguer, Luis; Motos Micó, José Jacob; Arlandis Félix, Francisco José; Pons Martínez, Vicente*

*Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy.*

### Resumen

**Introducción:** La fístula gastrocólica (GC) es una entidad poco frecuente que se define como una conexión anómala entre el estómago y el colon. Mayoritariamente, involucra la curvatura mayor gástrica y el colon transverso por su proximidad. Es de vital importancia la sospecha clínica y la confirmación precoz del diagnóstico para poder iniciar medidas de soporte y optimizar nutricionalmente al paciente debido al alto riesgo de desnutrición que causa.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de un varón de 76 años que como antecedentes quirúrgicos de interés fue intervenido en el año 2010 de gastrectomía vertical (GV) laparoscópica por obesidad mórbida y en el 2014 de hemicolectomía derecha laparoscópica por un adenocarcinoma de ciego, actualmente libre de enfermedad. El paciente consulta por un cuadro de diarrea de 5 meses de evolución con 6 a 7 deposiciones diarias, buena tolerancia oral sin náuseas ni vómitos y pérdida de peso de unos 18 kg aproximadamente. Para estudiar el caso se realiza colonoscopia donde se observa un orificio a 60 cm de margen anal (fig. A), gastroscopia y TC abdómino-pélvico; apuntando todas ellas hacia la sospecha de fístula GC. Se solicita un tránsito gastroduodenal en el cual se visualiza paso de contraste desde cámara gástrica hacia ángulo esplénico colónico, lo que finalmente nos confirma el diagnóstico (fig. B). Inmediatamente, con manejo multidisciplinar se inicia la optimización nutricional del paciente. Inicialmente, se intenta sutura con sistema Apollo por gastrocolonoscopia que fracasa por lo que se decide programar intervención. Por abordaje laparoscópico se localiza la fístula GC de gran tamaño que se resuelve mediante sección con dos disparos de endograpadora. El posoperatorio fue favorable, y al mes de la intervención se realiza un nuevo tránsito gastroduodenal donde se confirma el cierre definitivo de la fístula.



**Discusión:** Las causas de fístula GC más comunes son neoplasias malignas, principalmente de estómago y colon, sobre todo en estadio avanzado. Una causa benigna infrecuente son las intervenciones quirúrgicas gástricas, como por ejemplo las cirugías bariátricas. Dentro de la cirugía de la obesidad, son más frecuentes en la GV que en el *bypass* gástrico y la hipótesis más aceptada es una pequeña fuga en la línea de grapado. En cuanto a la clínica, la tríada más frecuente son los vómitos, la diarrea y la pérdida de peso, causando en algunos casos desnutriciones graves. El tiempo de aparición puede variar desde los primeros días posoperatorios a incluso años tras la cirugía, como en nuestro caso que debutó a los 14 años de la cirugía bariátrica. El diagnóstico es todo un desafío, siendo necesario realizar en la mayoría de las ocasiones varias pruebas complementarias tanto radiológicas como endoscópicas, siendo el método diagnóstico de elección el enema de bario. En cuanto al manejo, es de vital importancia iniciar medidas de soporte y optimizar nutricionalmente al paciente previo a cualquier tratamiento. Aunque se han probado técnicas endoscópicas para lograr cerrar los trayectos fistulosos, la tasa de éxito no es muy elevada, por lo que a día de hoy, el tratamiento de elección sigue siendo la cirugía.