



V-089 - RIESGOS EN LA CALIBRACIÓN DEL RESERVOIRIO GÁSTRICO; COMPLICACIÓN INTRAOPERATORIA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

Lavín Montoro, Lucía¹; Gómez Rodríguez, Pilar¹; García Picazo, Alberto²; Crespo Álvarez, Marco Antonio¹; Vega Novillo, Viviana¹; Martínez Caballero, Javier¹; Rodríguez Cuellar, Elías¹; Ferrero Herrero, Eduardo¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; ²Centro Médico Teknon, Barcelona.

Resumen

Introducción: El *bypass* gástrico laparoscópico es una técnica quirúrgica estandarizada por los grupos de cirugía bariátrica. No obstante no está exenta de complicaciones intraoperatorias, las cuales son anecdóticas. Entre las mismas, cabe destacar la perforación gástrica por la sonda orogástrica durante la creación del reservorio gástrico. Es advertida mediante el test de estanqueidad de la anastomosis gastro-yeyunal, con fuga gástrica de azul de metileno tras la administración por la sonda. Nuestro objetivo, es mostrar una complicación atípica en cirugía bariátrica y recalcar la importancia de los test de estanqueidad intraoperatorios.

Caso clínico: Presentamos una paciente de 65 años, con antecedentes personales de asma, hipertensión arterial, síndrome de apnea-hipoapnea obstructiva del sueño, enfermedad de Von Willebrand y obesidad mórbida (IMC = 49). Por la cual, se decide la realización de un *bypass* gástrico laparoscópico. Se realiza el procedimiento de forma rutinaria, con sección del yeyuno a 40 cm del ángulo de Treitz y confección de la anastomosis yeyuno-yeyunal latero-lateral a 150 cm de la sección anterior. Realización del reservorio gástrico a expensas de la curvatura menor, tutorizado por una sonda orogástrica de 36 French, siendo especialmente dificultosa su calibración. Por último, se realiza la anastomosis gastroyeyunal termino lateral. Tras la realización del test de estanqueidad de la anastomosis con azul de metileno, se objetiva su salida por la cara posterior gástrica, evidenciándose una perforación secundaria a la posible manipulación de la sonda orogástrica. Se decide resección de la anastomosis gastroyeyunal incluyendo la perforación y confección de una nueva anastomosis, próxima al esófago. Se comprueba de nuevo la estanqueidad mediante azul de metileno y gastroscopia intraoperatoria. Durante el posoperatorio inmediato presenta difícil control del dolor abdominal, expectoración, picos febriles y elevación de reactantes de fase aguda. Se inicia cobertura antibiótica empírica y realiza una TAC toracoabdominopélvica urgente, objetivándose atelectasias subsegmentarias bibasales y ausencia de signos de dehiscencia de las anastomosis gastroyeyunal y yeyuno-yeyunal. Tras ello, presenta mejoría clínica permitiendo el alta hospitalaria.

Conclusiones: La manipulación de la sonda orogástrica durante los procedimientos bariátricos debe ser cuidadosa y realizarse de manera coordinada con el fin de evitar lesiones yatrogénicas. Las comprobaciones anastomóticas intraoperatorias nos permiten realizar un diagnóstico y tratamiento precoz de este posible contratiempo inadvertido.