



VC-016 - SHOCK SÉPTICO TRAS GASTROPLASTIA VERTICAL ENDOSCÓPICA: ¿COMPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO?

Valera-Montiel, Andrés E.; López-Sánchez, Jaime; Torres-Jurado, Manuel J.; Diaz-Maag, Carlos R.; Quiñones-Sampedro, José E.; Iglesias-Iglesias, Manuel; Martín-Domínguez, Susana M.; Blanco-Antona, Francisco

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Introducción: La gastroplastia vertical endoscópica es una técnica segura y eficaz en el manejo de la obesidad, habitualmente indicada en la obesidad de clase I y II. También es un tratamiento aceptable en pacientes con obesidad de clase III que tienen alto riesgo quirúrgico o rechazan la cirugía. Este procedimiento produce una pérdida de peso significativa y una mejoría importante de las comorbilidades metabólicas. No obstante, existen varias complicaciones relacionadas con el procedimiento. La incidencia de acontecimientos adversos graves se ha estimado en menos del 3%. Se han descrito pocos casos de perforación gástrica tras gastroplastia tubular endoscópica. El procedimiento habitual para el tratamiento de la misma es la sutura primaria, realizándose por vía laparoscópica o laparotómica. Presentamos un caso inusual de *shock* séptico tras gastroplastia vertical endoscópica con diagnóstico preoperatorio incierto.

Caso clínico: Varón de 54 años con IMC de 43,6 Kg/m² que fue sometido a una gastroplastia vertical endoscópica 7 días antes en un centro externo. El paciente acudió a urgencias presentando dolor abdominal, náuseas y vómitos que iniciaron un día posterior a la realización del procedimiento. Al examen físico presentó inestabilidad hemodinámica, alteración del nivel de consciencia, dolor abdominal y una tumoración umbilical dolorosa. En la analítica presentó insuficiencia renal aguda, PCR elevada y leucocitosis con neutrofilia. El TC abdominal sin contraste mostró neumoperitoneo difuso, sin líquido libre intraabdominal y signos de obstrucción del intestino delgado por hernia umbilical complicada. Se decidió cirugía urgente tras valoración preoperatoria. Tras la inducción anestésica, se realizó gastroscopia intraoperatoria, visualizándose una úlcera gástrica isquémica cubierta de fibrina y un defecto mucoso, sospechándose una perforación gástrica cubierta. Inicialmente, se realizó abordaje abierto de la hernia umbilical complicada, visualizándose hernia umbilical estrangulada con un segmento de intestino delgado isquémico, sin perforación. Se realizó una resección intestinal segmentaria y una anastomosis mecánica latero-lateral. Posteriormente, se realizó laparoscopia exploradora, donde se evidenció área cubierta de fibrina en la cara anterior del cuerpo gástrico, adherida al ligamento redondo por una sutura transmural de la gastroplastia. Además, se observaron múltiples suturas transmurales adheridas al epiplón mayor y a la trascavidad de los epsilon, y un hematoma intramural en la curvatura gástrica mayor. No se evidenció líquido libre intraabdominal. Se realizó sutura laparoscópica de la zona cubierta de fibrina, tras su liberación del ligamento redondo. Se liberaron las adherencias de las suturas y el material metálico de la gastroplastia. Finalmente, se colocaron dos drenajes abdominales en la cara anterior y

posterior gástrica. El paciente presentó infección superficial del sitio quirúrgico y fue dada de alta 6 días después de la cirugía laparoscópica.

Discusión: La gastroplastia vertical endoscópica es un procedimiento novedoso, que ha demostrado ser una alternativa eficaz en el tratamiento de la obesidad. Sin embargo, no está exenta de presentar complicaciones importantes que pueden requerir una intervención quirúrgica urgente. En caso de sospecha de perforación gástrica (pacientes con abdomen agudo o sepsis), puede ser necesaria una laparoscopia exploratoria para su diagnóstico y reparación.