

Elvira León-Muiños^a y Benigno Monteagudo^{b,*}

^aCentro de Salud de San Sadurniño,
Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS,
San Sadurniño, A Coruña, España

^bServicio de Dermatología,
Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol,
Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS,
Ferrol, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: benigno.monteagudo.sanchez@sergas.es
(B. Monteagudo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.03.019>
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Fistula crónica tras gastrectomía vertical laparoscópica



Chronic fistula after laparoscopic vertical gastrectomy

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo reciente de Ferrer Márquez en el que los autores analizaron a un paciente que había sufrido una fistula crónica tras gastrectomía vertical (GV) y que sufrió una fuga postoperatoria crónica grave¹. Sin embargo, nos gustaría comentar sobre otras modalidades de tratamiento a tener en cuenta.

En nuestro centro bariátrico universitario de alto volumen la tasa de fuga es del 2,7% para la GV primaria y de alrededor del 7% para GV correctiva como segundo tiempo^{2,3}. Hemos hecho un esfuerzo especial con el fin de implementar un algoritmo de tratamiento para tratar las fugas a partir de nuestra experiencia de más de 1.100 casos y creemos que el tratamiento de las fugas es uniformemente médico conservador, radiológico, endoscópico y quirúrgico. En nuestra experiencia, hemos obtenido una tasa de curación primaria de más del 85% de las fugas resistentes después de GV y casi del 100% tras tratamiento quirúrgico⁴.

Como ha sido descrito por Eisendrath et al., creemos que el tratamiento médico, radiológico para colocación de drenaje y endoscópico conservador deben ser el primer paso en el algoritmo terapéutico. Esta modalidad de tratamiento resolvió con éxito el 75% en estos pacientes (la tasa global de éxito con todos los pacientes fue de 81%)⁵. La colocación de stent autoexpandibles, para reducir al mínimo la necesidad de revisión quirúrgica y para mejorar los resultados del paciente, son una buena opción⁶. Sin embargo, no hemos hallado efectividad en el uso del stent por encima de 2 tentativas. El uso radiológico de colas percutáneas no nos ha mostrado su utilidad, empeorando incluso el área de la fuga que se convierte en un tejido fibroso de difícil cicatrización. Por este motivo, creemos que nuestra tasa de éxito está en relación con el asa en Y de Roux, que proporciona una vía de drenaje proximal a la fuga y solución a la eventual estenosis distal que favorece la cronicidad de la fuga⁷.

En nuestra opinión, muchas modalidades médicas y quirúrgicas se han descrito para el tratamiento de las estenosis después de la GV. Se incluyen la observación, dilataciones endoscópicas, la seromiotomía y la resección en cuña del estómago de la manga incluida la estenosis⁸.

La colocación de una asa en Y de Roux sobre el defecto de la GV puede ser de utilidad. Nosotros creemos que cuando una fuga proximal ha persistido más allá de 4 meses se debe interponer una asa en Y de Roux por vía laparoscópica sobre el defecto⁵. Baltasar et al. describieron la técnica en cirugía abierta⁹. La disección minuciosa y extensa del estómago proximal, del hiato y el esófago mediastínico son condición esencial para realizar un desbridamiento de seguridad del defecto y para ofrecer una calidad de tejido para suturar el asa de intestino delgado sobre el estómago de manera segura y eficaz⁵. La tasa de conversión ha sido descrita hasta en un 11,1% en algunos centros¹⁰. Esta técnica solo debería realizarse cuando los signos sistémicos de infección hayan desaparecido por completo, es decir, generalmente al menos 3 meses después del proceso inicial². Así mismo, no creemos que las gastrectomías totales constituyan una opción quirúrgica única y preferida para gestionar las fugas crónicas como ha sido descrito².

Esperamos que estos comentarios puedan dar relevancia a otras opciones quirúrgicas al lado de lo mencionado en el artículo de Ferrer Márquez et al.¹.

Conflicto de intereses

El Dr. Ramón Vilallonga, el Dr. José Manuel Fort y el Dr. Jacques Himpens no tienen conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrer Márquez M, Belda Lozano R, Solvas Salmerón MJ, Ferrer Ayza M. Treatment of refractory chronic fistula following laparoscopic vertical gastrectomy. *Cir Esp*. 2014;92:365-6.
2. Vilallonga R, Himpens J, van de Vrande S. Reply to the article Ben Yaacov A, Sadot E, Ben David M, Wasserberg N, Keidar A. Laparoscopic total gastrectomy with Roux-y esophagojejunostomy for chronic gastric fistula after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Obes Surg*. 2014;24:425-9. *Obes Surg*. Aceptado para publicación. 29-4-2014.

3. El Mourad H, Himpens J, Verhofstadt J. Stent treatment for fistula after obesity surgery: Results in 47 consecutive patients. *Surg Endosc.* 2013;27:808-16.
4. Van de Vrande S, Himpens J, El Mourad H, Debaerdemaeker R, Leman G. Management of chronic proximal fistulas after sleeve gastrectomy by laparoscopic Roux-limb placement. *Surg Obes Relat Dis.* 2013;9:856-61.
5. Eisendrath P, Cremer M, Himpens J, Cadière GB, Le Moine O, Devière J. Endotherapy including temporary stenting of fistulas of the upper gastrointestinal tract after laparoscopic bariatric surgery. *Endoscopy.* 2007;39:625-30.
6. Puli SR, Spofford IS, Thompson CC. Use of self-expandable stents in the treatment of bariatric surgery leaks: A systematic review and meta-analysis. *Gastrointest Endosc.* 2012;75:287-93.
7. Vilallonga R, van de Vrande S, Himpens J, Leman G. Reply to the article Moszkowicz Sleeve gastrectomy severe complications: Is it always a reasonable surgical option? *Obes Surg.* 2013;23:1675-6.
8. Vilallonga R, Himpens J, van de Vrande S. Laparoscopic management of persistent strictures after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Obes Surg.* 2013;23:1655-61.
9. Serra C, Baltasar A, Pérez N, Bou R, Bengochea M. Total gastrectomy for complications of the duodenal switch, with reversal. *Obes Surg.* 2006;16:1082-6.
10. Chouillard E, Chahine E, Schoucair N, Younan A, Jarallah MA, Fajardy A, et al. Roux-en-Y fistulo-jejunostomy as a salvage procedure in patients with post-sleeve gastrectomy fistula. *Surg Endosc.* 2014;28:1954-60.

Ramón Vilallonga^{ab*}, José Manuel Fort^a y Jacques Himpens^b

^aEndocrine, Metabolic and Bariatric Unit, General Surgery Department, Vall d'Hebron University Hospital, Universitat Autònoma de Barcelona, Center of Excellence for the EAC-BC, Barcelona, España

^bDivision of Bariatric Surgery, AZ St-Blasius, Dendermonde, Bélgica

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vilallongapuy@hotmail.com

(R. Vilallonga).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.06.012>
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Inmunonutrición perioperatoria



Perioperative immunonutrition

Sr. Director:

Hemos leído con interés la revisión de conjunto realizada por Morán López et al. En su completo trabajo, los autores subrayan la importancia del soporte nutricional perioperatorio y su impacto benéfico probado sobre la incidencia de complicaciones infecciosas y sobre la estancia hospitalaria¹. Insisten también en algunos conceptos básicos que están probados científicamente desde hace años (como la mayor eficiencia de la nutrición enteral con respecto a la parenteral o la necesidad de realizar una inmunonutrición preoperatoria en pacientes intervenidos mediante cirugía digestiva mayor). Sin embargo, estas prácticas no llegan a generalizarse entre los cirujanos.

En el 2005, tras una revisión sistemática de la literatura sobre el manejo perioperatorio del enfermo quirúrgico, la Société Française de Chirurgie Digestive (SFCD) publicó una guía de práctica clínica muy concreta, en la que insistía sobre la importancia de la evaluación sistemática del estado nutricional y el interés del soporte nutricional perioperatorio². En particular, de acuerdo con la evidencia científica de alto nivel que existía ya en aquel momento, se recomendaba la administración de inmunonutrición preoperatoria durante 5-7 días a todo enfermo intervenido de un cáncer digestivo (no solo del tubo digestivo superior, sino también colorrectal), incluso en pacientes no desnutridos. La inmunonutrición se

prosigue en el postoperatorio solamente para los pacientes que estaban desnutridos antes de la cirugía. Esta recomendación explícita y formal «obligó» un año después al Ministerio de Sanidad a asumir el coste de la inmunonutrición preoperatoria (aproximadamente 175 € para una semana de tratamiento preoperatorio) con el decreto correspondiente, siempre que el producto fuera recetado por un cirujano, un oncólogo o un anestesista para un paciente operado de un cáncer digestivo³.

Las recomendaciones hechas por la SFCD en 2005 fueron luego retomadas y confirmadas por las sociedades científicas correspondientes de nutrición (SFNEP) y de anestesia-reanimación (SFAR)⁴. Este proceso permitió pasar en 5 años del desconocimiento total de estas prácticas en el mundo quirúrgico a un nivel de prescripción del 65% en los enfermos oncológicos, nivel que hoy es ciertamente mayor gracias a lo mucho que se ha comunicado sobre este tema⁵.

El motivo de esta carta es, pues, incitar a la Asociación Española de Cirujanos a iniciar un proceso similar en el que se haga aparecer a la vista de los cirujanos, y también de las autoridades competentes y de la sociedad, el interés que tienen estas prácticas para los pacientes y su beneficio probado en términos fármaco-económicos⁶⁻⁸. El caso de Francia es, en este tema, un claro ejemplo de cómo podemos lograr que una evidencia científica llegue a impregnar la práctica clínica.