

BIBLIOGRAFÍA

1. Colsa Gutiérrez P, Viadero Cervera R, Morales-García D, Ingelmo Setién A. Lesión intraoperatoria de nervio periférico en cirugía colorrectal. Revisión de conjunto. *Cir Esp.* 2016; 94:125-36.
2. Zhang J, Moore AE, Stringer MD. Iatrogenic upper limb nerve injuries: A systematic review. *ANZ J Surg.* 2011;81:227-36.
3. Kwaan JH, Rappaport I. Postoperative brachial plexus palsy. A study on the mechanism. *Arch Surg.* 1970;101:612-5.
4. Wu JD, Huang WE, Huang ZY, Chen M, Zhang GJ. Brachial plexus palsy after a left side modified radical mastectomy with immediate latissimusdorsi flap reconstruction: A report of a case. *World J Surg Oncol.* 2013;11:276.
5. Grunwald Z, Moore J, Schwartz G. Bilateral brachial plexus palsy after a right side modified radical mastectomy with immediate tram flap reconstruction. *Breast J.* 2003;9:41-3.
6. Johansson S, Svensson H, Larsson L-G, Denekamp J. Brachial plexopathy after postoperative radiotherapy of breast cancer patients. A long-term follow up. *Acta Oncol.* 2000;39:373-82.
7. Davidson T, Malani A, Jones A. Brachial plexus traction injury following axillary node dissection. *Clin Oncol.* 2000;12:419-20.

Benigno Acea Nebriil*, Estefanía Domenech Pina, Carlota Díaz Carballada y Alejandra García Novoa

Unidad de Mama, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: baceneb@sergas.es (B. Acea Nebriil).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.10.008>
0009-739X/

© 2015 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Hernia gástrica secundaria a gastroplastia tubular plicada



Gastric hernia after tubular gastroplasty

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo original publicado en su revista por el Dr. Pujol Gebelli et al.¹, donde se hizo una revisión de los pacientes tratados en su hospital con gastroplastia tubular plicada (GTP). Recientemente atendimos el caso de una paciente con una hernia gástrica como complicación de esta técnica.

Se trata de una paciente de 51 años intervenida de una GTP por obesidad (IMC: 36) e hipertensión arterial asociada a tratamiento con valsartán. Postoperatorio sin incidencias. En el primer mes la paciente normaliza las cifras de tensión arterial, suspendiendo el antihipertensivo, y 5 meses después presenta una pérdida ponderal de 32 kg.

Al quinto mes del postoperatorio, y asintomática previamente, acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por dolor abdominal y vómitos de varias horas de evolución. Durante la exploración el abdomen es blando, doloroso en epigastrio sin defensa ni signos de irritación peritoneal. La TC abdominal evidencia una herniación gástrica a través de la sutura de la gastroplastia (fig. 1).

Ante estos hallazgos radiológicos se decide intervención quirúrgica urgente, donde se observa el fundus gástrico herniado a través de la gastroplastia en la curvatura mayor.

Se procede a la liberación del tejido herniado desmontando la gastroplastia en su totalidad, apreciando claramente delimitada la zona del fundus gástrico que presentaba compromiso vascular y realizando una gastrectomía tubular reglada con sutura mecánica (fig. 2) y refuerzo de la línea de grapas con Prolene® 3/0. Postoperatorio sin incidencias, y es dada de alta hospitalaria al 5.º día.

La GTP es una de las nuevas técnicas restrictivas dentro del arsenal de la cirugía bariátrica que aún está en período de validación, y en proceso de definir las indicaciones y el manejo perioperatorio²⁻⁴. Es una variación de la gastrectomía vertical con la ventaja teórica de presentar menor posibilidad de complicaciones al no requerir resección^{3,4}, y así evitar la temida fuga en la zona proximal gástrica, además de ser una técnica potencialmente reversible. Las complicaciones cuando aparecen son generalmente precoces, entre las que se encuentran sialorrea, náuseas y vómitos, que generalmente ceden en los primeros días.

En nuestro caso nos enfrentamos a una complicación grave y tardía, que obligó a una reintervención quirúrgica urgente, y resolvimos con una reconversión a gastrectomía tubular.

La particularidad de este caso, a diferencia del caso publicado por el Dr. Pujol y de otras publicaciones revisadas en la literatura es que la complicación se produjo al 5.º mes de la cirugía, cuando la paciente había presentado un postoperatorio

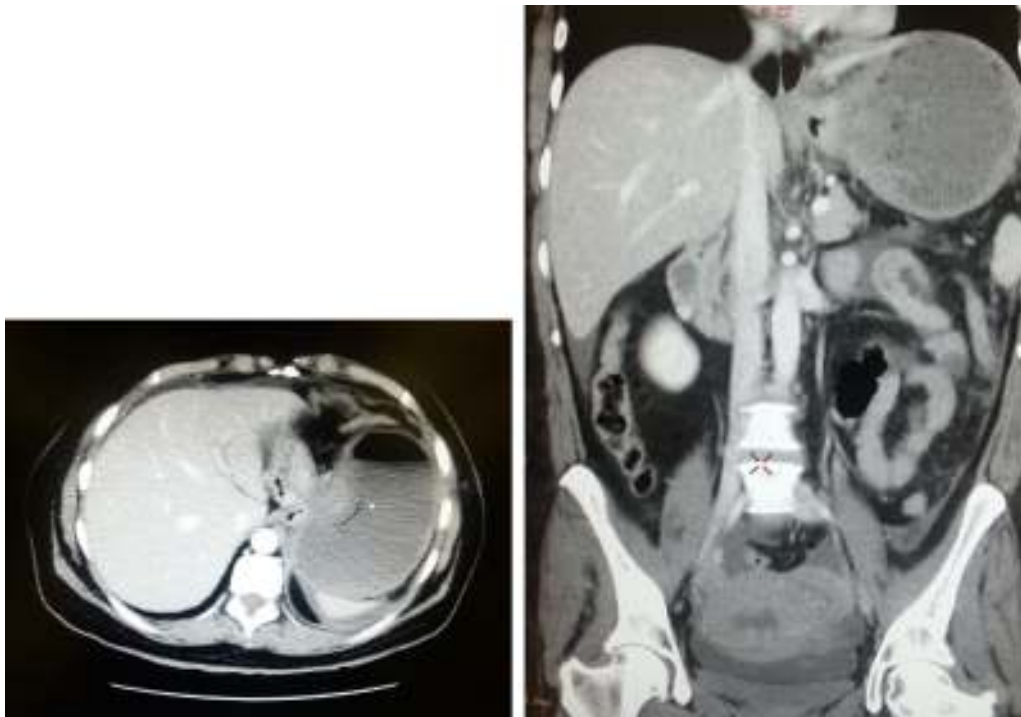


Figura 1 – Tomografía computarizada abdominal en urgencias. Hernia gástrica.



Figura 2 – Pieza de gastrectomía tubular.

sin ninguna incidencia, con una buena pérdida ponderal y resolución de sus comorbilidades, y tras varios meses de alimentarse con una dieta normal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pujol Gebelli J, García Ruiz de Gordejuela A, Casajoana Badía A, Secanella Medayo L, Vicens Morton A, Masdevall Noguera

- C. Gastroplastia tubular plicada, una nueva técnica para el tratamiento de la obesidad mórbida. *Cir Esp.* 2011;89:356-61.
2. Puia C, Puia V. Laparoscopic greater curvature plication - A new and safe bariatric procedure. *J Gastrointest Liver Dis.* 2011;20:97-103.
3. Ramos A, Galvao Neto M, Galvao M, Evangelista LF, Campos JM, Ferraz A. Laparoscopic greater curvature plication: Initial results of an alternative restrictive bariatric procedure. *Obes Surg.* 2010;20:913-8.
4. Brethauer SA, Harris JL, Kroh M, Schauer PR. Laparoscopic gastric plication for treatment of severe obesity. *Surg Obes Relat Dis.* 2011;7:15-22.

Enrique Mena del Río, Sergio Builes Ramírez*,
Tatiana Civeira Taboada y Cristina Mosquera Fernández

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital
Universitario A Coruña, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Builes_sergio@hotmail.com
(S. Builes Ramírez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.10.003>
0009-739X/

© 2015 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los
derechos reservados.