

Manejo de la fístula gástrica tras gastrectomía vertical



Management of Gastric Fistula After Sleeve Gastrectomy

La gastrectomía vertical (GV) ha sustituido al bypass gástrico (47 vs. 35,3%) como procedimiento bariátrico más realizado a nivel mundial¹. A pesar de sus excelentes resultados en cuanto a la pérdida de peso y la resolución de comorbilidades, la GV es una técnica no exenta de complicaciones potencialmente graves.

La complicación más grave tras la GV es la fístula gástrica, cuya incidencia oscila entre un 0,5-5,3% de los casos², pero con una mortalidad que puede alcanzar el 9%.

A pesar de haberse descrito múltiples estrategias para el abordaje de esta complicación, el algoritmo terapéutico no termina de estandarizarse³.

Exceptuando aquellas situaciones, en las que la fístula se presente con signos de sepsis y/o inestabilidad hemodinámica donde la reintervención urgente resulta obligada, la opción terapéutica conservadora es razonable, combinando nutrición parenteral, antibióticos de amplio espectro y drenaje percutáneo de las colecciones^{4,5}.

Como alternativa a este tratamiento conservador, la colocación de una sonda nasoyeyunal permite el manejo ambulatorio del paciente con nutrición enteral hasta la resolución de la fístula.

Con el desarrollo de las técnicas endoscópicas, han aparecido múltiples alternativas para el tratamiento de las fístulas. Se han utilizado los stents autoexpandibles, con una tasa variable de éxito superior al 50%, pero con una alta tasa de migraciones (47%), ulceraciones (41%) y malestar para el paciente. Los clips para cerrar el orificio fistuloso (Over-the-Scope-Clip [OTSC®]), estricturotomías del septo de la fístula, aplicación de pegamentos, colocación de pigtail, EndoSPONGE®⁶⁻⁹. Sin embargo, la gran heterogeneidad de tratamientos hace que no exista un consenso en la estrategia a seguir con este tipo de pacientes.

El tiempo de evolución desde la cirugía hasta el diagnóstico constituye un factor clave para estimar la posibilidad de éxito del tratamiento conservador. Así, los pacientes con fístulas de más de 30 días de duración o aquellas que comienzan como fístulas crónicas a las 12 semanas de la intervención la respuesta favorable a tratamientos endoscópicos es muy baja y requieren tratamiento quirúrgico en la mayoría de los casos¹⁰.

El objetivo del trabajo fue analizar la incidencia y el manejo de las fístulas gástricas post-GV en nuestro grupo. Realizamos un estudio retrospectivo de 11 pacientes diagnosticados y tratados de fístula post-GV entre enero de 2010 y septiembre de 2019. La incidencia de fístula gástrica tras 498 GV fue del 2,2%.

La edad media fue de 46 años (rango: 38-59 años), siendo 8 mujeres y 3 varones. El IMC medio preoperatorio fue de

42 kg/m² (rango: 38-48 kg/m²). El 55% de los pacientes presentaba comorbilidades: diabetes, hipertensión arterial, dislipemia y síndrome de apnea-hipopnea, siendo fumadores activos un 36%. Dos pacientes tenían antecedentes de retirada de banda gástrica ajustable previo a la GV.

En todos los pacientes, excepto en uno, la GV se efectuó por vía laparoscópica, y en 10 de ellos se asoció refuerzo de la línea de grapado (9 Peristrip Dry® y 1 Seamguard®). En 3 de los 11 pacientes se diagnosticó la fístula durante el ingreso, mientras que 8 reingresaron por síntomas relacionados con la misma. El tiempo transcurrido entre la intervención y el diagnóstico fue de 14 días (rango: 3-25 días). En todos los pacientes el diagnóstico fue por tomografía computarizada.

En los 8 pacientes en los que se efectuó un tratamiento quirúrgico (endoscópico o percutáneo), la fístula se resolvió en 5 (62,5%). Los 3 pacientes refractarios a tratamiento conservador requirieron intervención quirúrgica.

A pesar del creciente uso de los stents en la literatura para el tratamiento de esta complicación, en nuestra experiencia en los 3 pacientes en los que se emplearon, no obtuvimos buenos resultados. Todos ellos migraron y uno de ellos erosionó la aorta, motivo por el cual fue reintervenido, pero acabó falleciendo (mortalidad: 9%). Por el contrario, hemos tenido buenos resultados con la combinación de la colocación de una sonda nasoyeyunal para alimentación enteral y la aplicación de OTSC® en el orificio de la fístula. A pesar de una experiencia limitada (4 casos), hemos alcanzado una tasa de éxito del 75%.

En los 3 pacientes restantes y debido a su inestabilidad hemodinámica, se optó por un manejo quirúrgico. El abordaje fue laparoscópico en un caso y abierto en 2. En 2 casos se realizó un drenaje de la colección y en el otro se realizó cierre de la fístula y drenaje. La tasa de éxito fue del 33%, teniendo que asociar posteriores procedimientos endoscópicos para la resolución de la fístula (tabla 1).

En 2 pacientes (20%) con fístula crónica y tras otros tratamientos se optó por la gastrectomía total, siendo resolutive en ambos casos.

El tiempo medio para la resolución de la fístula tras el diagnóstico fue de 42 días (rango: 23-122 días) y la estancia media postoperatoria de 33 días (rango: 22-70 días).

En conclusión, el manejo de la fístula gástrica post-GV no se encuentra totalmente estandarizado. En nuestra experiencia, hemos podido manejar con éxito de manera conservadora en un 62,5% de pacientes, siendo hoy en día el tratamiento de elección en nuestro centro la colocación de sonda nasoyeyunal para nutrición enteral y combinado en casos seleccionados con la aplicación de OTSC®. No tenemos

Tabla 1 – Manejo terapéutico de fístula gástrica post-GV

Paciente (sexo/edad)	IMC	Tiempo hasta el diagnóstico	Clasificación fístula	Localización	Tratamiento	Días cierre de fístula	Estancia	Mortalidad
59 M	43	14 días	Precoz	1/3 sup	Endoscópico (stent) Quirúrgico	42 días	70 días	Sí
55 M	47	60 días	Tardía	1/3 sup	Quirúrgico	23 días	35 días	No
59 M	33	17 días	Precoz	1/3 sup	Percutáneo	13 días	23 días	No
24 V	42	5 días	Aguda	1/3 sup	Percutáneo Quirúrgico	240 días	99 días	No
46 M	48	3 días	Aguda	1/3 sup	Endoscópico (stent-SNY) Endoscópico (OTSC) y percutáneo	15 días	33 días	No
43 M	36	2 días	Aguda	1/3 sup	Quirúrgico Percutáneo Endoscópico (OTSC, stent) Quirúrgico	122 días	137 días	No
46 V	38	22 días	Precoz	1/3 sup	Endoscópico (SNY)	42 días	21 días	No
54 M	39	25 días	Precoz	1/3 sup	Endoscópico (SNY)	87 días	22 días	No
35 M	42	40 días	Tardía	1/3 sup	Endoscópico (SNY) Quirúrgico Endoscópico (OTSC)	180 días	11 días	No
59 V	53	1 día	Aguda	1/3 sup	Quirúrgico Endoscópico (OTSC)	40 días	48 días	No
38 M	54	11 días	Precoz	1/3 sup	Endoscópico (SNY)	43 días	30 días	No

GV: gastrectomía vertical; IMC: índice de masa corporal; M: mujer; OTSC®: Over-the-Scope-Clip; SNY: sonda nasoyeyunal; sup: superior; V: varón.
Clasificación fístula: aguda: ≤ 7 días, precoz: 1-6 semanas y tardía: 7-12 semanas.
En la columna de tratamiento se encuentran los diferentes tipos de tratamiento que se han realizado al paciente en su orden de aparición.

excesiva experiencia en el uso de stents, pero tampoco buenos resultados, por migración, ulceración y necesidad de tratamientos adicionales.⁸

bibliografía

1. Welbourn R, Hollyman M, Kinsman R, Dixon J, Liem R, Ottosson J, et al. Bariatric surgery worldwide: Baseline demographic description and one-year outcomes from the fourth IFSO global registry report 2018. *Obes Surg.* 2019;29:782–95.
2. Aurora AR, Khaitan L, Saber AA. Sleeve gastrectomy and the risk of leak: A systematic analysis of 4,888 patients. *Surg Endosc.* 2012;26:1509–15.
3. El-Sayes IA, Frenken M, Weiner RA. Management of leakage and stenosis after Sleeve gastrectomy. *Surgery.* 2017;162:652–61.
4. Boules M, Chang J, Haskins IN, Sharma G, Froylich D, El-Hayek K, et al. Endoscopic management of post-bariatric surgery complications. *World J Gastrointest Endosc.* 2016;8:591–9.
5. Hajj GA, Chemaly R. Fistula following laparoscopic sleeve gastrectomy: A proposed classification and algorithm for optimal management. *Obes Surg.* 2018;28:656–64.
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. Shoar S, Poliakin L, Khorgami Z, Rubenstein R, El-Matbouly M, Levin JL, et al. Efficacy and safety of the over-the-scope

clip (OTSC) system in the management of leak and fistula after laparoscopic sleeve gastrectomy: A systematic review. *Obes Surg.* 2017;27:2410–8.

8. Keren D, Eyal O, Sroka G, Rainis T, Raziel A, Sakran N, et al. Over-the-scope clip (OTSC) system for sleeve gastrectomy leaks. *Obes Surg.* 2015;25:1358–63.
9. Assalia A, Ilivitzki A, Ofer A, Suissa A, Manassa E, Mahajna A. Management of gastric fistula complicating laparoscopic sleeve gastrectomy with biological glue in a combined percutaneous and endoscopic approach. *Surg Obes Relat Dis.* 2018;14:1093–8.
10. Benosman H, Rahmi G, Perrod G, Bruzzi M, Samaha E, Vienne A, et al. Endoscopic Management of Post-bariatric Surgery Fistula: A Tertiary Care Center Experience. *Obes Surg.* 2018;28:3910–5.

Alberto Vilar, Pablo Priego*, Marta Cuadrado, Raquel Arranz y Julio Galindo

Unidad de Cirugía Esofagogástrica y Bariátrica,
Hospital Universitario Ramón y Cajal,
Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá,
IRYCIS, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: papriego@hotmail.com (P. Priego).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.12.011>
0009-739X/

© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.