

FÍSTULA GASTROGÁSTRICA COMO COMPLICACIÓN DE BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX. Abordaje laparoscópico

Jose Luis Leyba¹, Yumaira Hernandez², Salvador Navarrete Aulestia³

RESUMEN: Presentamos el caso de una paciente con antecedente de bypass gástrico por laparoscopia, quien desarrolló a los 2 años de la intervención, fístula gastrogástrica caracterizada por dolor abdominal intratable y pérdida de peso insatisfactoria. Se realizó cirugía de revisión por laparoscopia con gastrectomía parcial del reservorio y remanente gástrico con nueva anastomosis gastroeyunal. La evolución fue normal desapareciendo los síntomas y produciéndose nueva pérdida del exceso de peso.

Palabras clave: Bypass gástrico, Laparoscopia, Fístula gastrogástrica.

ABSTRACT: We present a case of a female patient with a prior laparoscopic gastric bypass who develops two years after surgery a gastrogastroic fistula characterized by intractable abdominal pain and unsatisfactory weight loss. A laparoscopic revisional surgery was performed with pouch and remnant gastrectomy and new gastrojejunal anastomosis. The patient evolution was satisfactory, the symptoms were solved and new excess weight loss was achieved.

Key words: Gastric bypass, Laparoscopy, Gastrogastroic fistula.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la obesidad mórbida es una enfermedad epidémica en todo el mundo, y el bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux representa la técnica más utilizada para lograr un tratamiento efectivo y perdurable en el tiempo⁽¹⁻⁴⁾.

La fístula gastrogástrica (FGG), comunicación entre el reservorio y el remanente gástrico, es una complicación infrecuente pero potencialmente devastadora, produciendo el fracaso de la cirugía al permitir el paso de los alimentos hacia el remanente gástrico con lo que se elimina el mecanismo restrictivo del procedimiento.

Si bien el abordaje laparoscópico de los procedimientos bariátricos de revisión se puede realizar con índices aceptables de morbilidad comparado con los pacientes

sometidos a laparotomía⁽⁵⁾, el tratamiento quirúrgico por laparoscopia de la FGG es un reto técnico que ha sido reportado con poca frecuencia^(6,7).

El objetivo de este trabajo es reportar nuestro primer caso de FGG, la técnica laparoscópica empleada en su resolución, y revisar la literatura al respecto.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 38 años, con antecedente de bypass gástrico en “Y” de Roux por laparoscopia sin complicaciones hace dos años debido a obesidad mórbida (IMC = 40 kg/m²) (Figura 1), quien consultó por dolor epigástrico de moderada a fuerte intensidad de 2 meses de evolución, sin mejoría a pesar del tratamiento con antisecretores gástricos y antiespasmódicos. Al

Hospital Universitario de Caracas. Universidad Central de Venezuela
¹Médico Especialista en Cirugía General. Instructor. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica “B”. Facultad de Medicina. Escuela Luis Razetti. Universidad Central de Venezuela.

Recibido:17-10-08.
Aceptado:30-10-08.

²Residente de Posgrado de Cirugía General. Hospital Universitario de Caracas.

Servicio de Cirugía II. Universidad Central de Venezuela.

³Médico Especialista en Cirugía General. Profesor Titular. Jefe de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica “B”. Facultad de Medicina. Escuela Luis Razetti. Universidad Central de Venezuela.

examen físico se evidenciaba un IMC de 34 kg/m², para una pérdida del exceso de peso del 43 %, y a nivel abdominal, dolor a la palpación superficial y profunda en epigastrio e hipocondrio izquierdo sin irritación peritoneal ni visceromegalias.

Se practicó endoscopia digestiva superior en la que se informó paso del endoscopio hacia el remanente gástrico con visualización del píloro y duodeno, sin poder localizar el reservorio y la anastomosis gastroyeyunal.

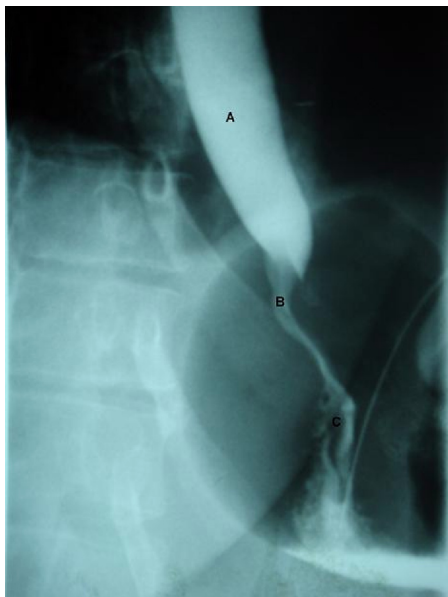


Figura 1. Radiología con contraste de la cirugía inicial. A: Esófago. B: Reservorio gástrico. C: Asa eferente.

Se realizó estudio contrastado digestivo superior en el que se apreció el paso del contraste hacia el remanente gástrico sin observarse el reservorio ni el asa yeyunal eferente. Figura 2.

Se diagnosticó de FGG y estenosis de la gastroyeyunostomía y se planificó cirugía de revisión por laparoscopia.

Técnica quirúrgica

Con la paciente en decúbito dorsal el cirujano y camarógrafo se colocaron a la derecha de la misma y primer ayudante a la izquierda. Se abordó la cavidad por técnica abierta a nivel de la cicatriz anterior (tercio inferior de la línea media supraumbilical) para crear el neumoperitoneo con CO₂ e insertar un laparoscopio

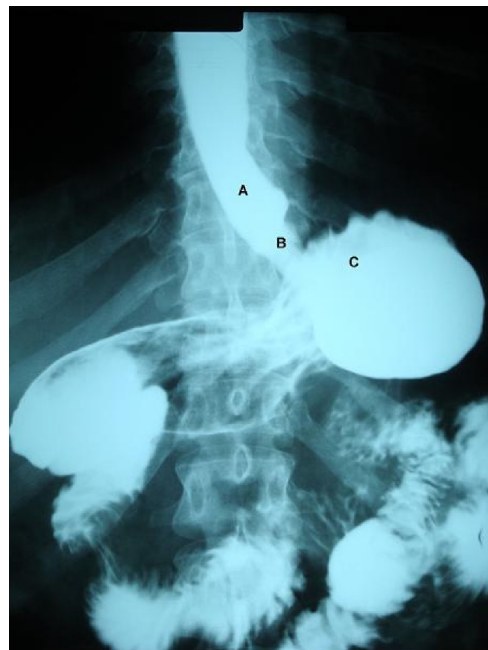


Figura 2. Radiología con contraste a los 2 años de posoperatorio. A: Esófago. B: Reservorio gástrico. C: Remanente gástrico

de 30°. Se colocaron 4 trocacos adicionales, 3 de 12 mm ubicados en: línea medioclavicular con reborde costal derecho e izquierdo, y línea axilar anterior con reborde costal izquierdo; más uno de 5 mm ubicado en la cicatriz umbilical.

Se realizó adherenciólisis extensa hasta ubicar el asa eferente, su anastomosis con el reservorio, y el remanente gástrico. Se seccionó el remanente a nivel del antro con autosuturadora lineal cortante de 60 mm y el asa eferente 2 cm por debajo de la anastomosis gastroyeyunal con autosuturadora lineal cortante de 45 mm.

Se desvascularizó la curvatura mayor del estómago mediante bisturí ultrasónico hasta identificar el pilar izquierdo del diafragma de modo que el remanente quedara completamente libre de sus pedículos vasculares. Se seccionó el reservorio por encima de la anastomosis gastroyeyunal, previa ligadura de los pedículos vasculares de la curvatura menor, y se separó en bloque la pieza quirúrgica (remanente, FGG, reservorio y anastomosis gastroyeyunal). Se practicó la nueva anastomosis gastroyeyunal mediante autosuturadora circular cortante de 21 mm con la técnica transoral descrita en trabajos previos^(8,9).

Se extrajo la pieza quirúrgica a través del portal por

donde se introdujo la autosuturadora circular (línea axilar anterior izquierda) mediante bolsa plástica de fabricación casera, y se colocó un dren activo cerrado próximo a la anastomosis gastroyeyunal el cual se exteriorizó a través del portal ubicado en el hipocondrio derecho. Se evacuó el neumoperitoneo y se cerró la fascia de los portales de 12 mm.

La paciente evolucionó satisfactoriamente y al segundo día de posoperatorio se practicó estudio radiológico de la anastomosis gastroyeyunal con contraste oral hidrosoluble observando buen paso sin extravasación del mismo (Figura 3).

Presentó infección del portal ubicado en línea axilar anterior izquierda que se trató con antibióticos endovenosos sin consecuencias.

A los tres meses de seguimiento la paciente se encontraba asintomática, presentando nueva pérdida del exceso de peso.



Figura 3. Radiografía con contraste cirugía de la revisión. A: Esófago. B: Reservorio gástrico. C: Asa eferente.

DISCUSIÓN

La FGG actualmente es una complicación poco frecuente luego del bypass gástrico en Y de Roux, con una incidencia de 1 % a 6 % según la serie^(7,10,11). En el pasado, el bypass se realizaba sin transección gástrica, y la disrupción del engrapado se presentaba hasta en el 49 % de los casos⁽¹⁰⁾. En 1995, Cucchi y col.⁽¹¹⁾, recomendaron la división completa del estómago, con lo cual se logró reducir notablemente esta complicación.

La etiología de la FGG puede incluir varias causas;

una transección gástrica incompleta al crear el reservorio, la presencia de fugas en la anastomosis gastroyeyunal con formación de abscesos que drenan internamente hacia el remanente gástrico, úlceras marginales de la neoboca (gastroyeyunostomía) que penetran hacia el remanente, y erosión debido a cuerpos extraños como anillos en el reservorio gástrico o dispositivos hemostáticos en las líneas de engrapado quirúrgico^(6,7,11).

En nuestra paciente la buena evolución posoperatoria en la cirugía inicial con control radiológico normal (Figura 1), nos hace descartar la presencia de una fuga anastomótica o de una transección gástrica incompleta. Nuestra técnica no incluye anillos u otros cuerpos extraños, por lo que consideramos una posible úlcera marginal, como causa de la fístula, basados en la historia de dolor epigástrico que presentó la paciente.

El tiempo de presentación es variable y depende en gran parte de la etiología de la fístula, cuando la causa es debida a fugas anastomóticas o transección incompleta, la presentación es temprana, antes del primer mes de posoperatorio; mientras que en los casos de úlceras o cuerpos extraños, la FGG aparece luego de meses o años de la cirugía^(6,7).

Los pacientes con FGG pueden ser asintomáticos, e incluso presentar una buena pérdida del exceso de peso tal y como lo reportan Cho y col.⁽⁷⁾, por lo que en estos casos no está indicado el tratamiento quirúrgico de la misma.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son dolor epigástrico debido a la irritación constante del reservorio y la anastomosis gastroyeyunal por el paso de secreción ácida desde el remanente hacia el reservorio a través de la fístula; y pérdida de peso insatisfactoria al perderse el mecanismo restrictivo de la cirugía debido al paso de alimentos en dirección contraria (reservorio-fístula-remanente)^(6,7,12).

Sólo los pacientes con síntomas que no responden al tratamiento médico y/o aquellos con pérdida insuficiente del exceso de peso (< 50 %), deben ser sometidos a procedimientos de revisión^(6,7).

La radiología con contraste oral es el estudio diagnóstico de elección en estos casos y la endoscopia digestiva puede aportar información adicional como el estado de la anastomosis gastroyeyunal y de la superficie mucosa del reservorio⁽⁶⁾.

La cirugía de revisión para FGG debe intentarse por vía laparoscópica debido al menor índice de complicaciones que posee este abordaje en manos experimentadas⁽⁵⁾. El tratamiento varía desde la sola

sección del trayecto fistuloso mediante autosuturadora automática⁽⁶⁾, la gastrectomía parcial del remanente gástrico con inclusión de la fístula como ha sido reportado por Cho y col.⁽⁷⁾, y la reconstrucción total del reservorio y nueva anastomosis gastroyeyunal con gastrectomía en bloque del reservorio-fístula-remanente, como se realizó en el caso que describimos.

Los pocos reportes sobre el tratamiento quirúrgico de la FGG indican altos niveles de complejidad e índices de morbilidad no despreciables^(6,7), por lo que se ha tratado de establecer algunas recomendaciones para evitar su aparición. Es imprescindible la sección y separación completa entre el reservorio y el remanente gástrico en la cirugía inicial, así como la utilización de alguna prueba intraoperatoria para verificar la indemnidad del reservorio y la anastomosis gastroyeyunal^(6,11). En nuestra experiencia es común observar una pequeña área de engrapado sin transección en el último disparo de la engrapadora lineal cortante durante la confección del reservorio, esto corresponde al límite de seguridad del instrumento. Es nuestra práctica seccionar con tijera fría este segmento a fin de asegurarnos que la transección ha sido completa. Por otra parte, realizamos en todos nuestros pacientes una prueba hidroneumática a través de una sonda orogástrica para verificar que no halla fugas en el reservorio ni en la gastroyeyunostomía^(8,9,13).

Algunos autores recomiendan la invaginación de la línea de engrapado quirúrgico del reservorio y remanente gástrico⁽¹¹⁾ y otros como Capella y col.⁽¹⁰⁾, la interposición de epiplón o del cabo ciego del asa yeyunal eferente entre ambas líneas de engrapado. Sin embargo, estas recomendaciones se basan en análisis retrospectivos con resultados que no han sido reproducidos por otros cirujanos. En particular la interposición del yeyuno podría ser importante para prevenir el desarrollo de FGG cuando se emplean anillos sintéticos en el reservorio gástrico, tal y como hacen Capella y col.⁽¹⁰⁾.

Las grandes series de bypass gástrico en Y de Roux muestran en general índices bajos de FGG independientemente de las variantes técnicas utilizadas⁽¹⁴⁻¹⁶⁾, es importante observar las recomendaciones para su prevención debido a lo complejo de su tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIONES

La FGG es una complicación rara pero de difícil manejo cuya indicación quirúrgica depende de los síntomas. La técnica, preferiblemente laparoscópica, debe ser individualizada en cada caso tomando en

cuenta el estado del reservorio y de la anastomosis gastroyeyunal. Es importante observar ciertas recomendaciones técnicas al momento de la cirugía inicial a fin de minimizar su aparición.

REFERENCIAS

1. Taubes G. As obesity rates rise, experts struggle to explain why. *Science*. 1998;29:1367-1368.
2. Santry HP, Gillen DL, Lauderdale DS. Trends in bariatric surgical procedures. *JAMA*. 2005;294:1909-1917.
3. Buchwald H, Williams SE. Bariatric surgery world-wide 2003. *Obes Surg*. 2004;14:1157-1164.
4. Bazian L. Surgery for morbid obesity: Which technique works best? Evidence-based healthcare & public health. 2005;9:284-291.
5. Khaitan L, Van Sickle K, Gonzalez R, Lin E, Ramshaw B, Smith CD. Laparoscopic revision of bariatric procedures: Is it feasible? *Am Surg*. 2005;71:6-10.
6. Branco AJ, Kondo W, Nassif LS, Garcia MJ, de Almeida R, Dotti CM. Gastrogastric fistula: A possible complication of Roux-en-Y gastric bypass. *JLS*. 2006;10:326-331.
7. Cho M, Kaidar-Person O, Szomstein S, Rosenthal RJ. Laparoscopic remnant gastrectomy: A novel approach to gastrogastric fistula after Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity. *J Am Coll Surg*. 2007;204:617-624.
8. Leyba JL, Isaac J, Bravo C, Rodríguez L. Bypass gástrico por laparoscopia para la obesidad mórbida. Comunicación preliminar. *RFM*. 2004;27:125-130.
9. Leyba JL, Navarrete Llopis SA, Navarrete Aulestia SA, Isaac J, Bravo C, Obregón F. Laparoscopic gastric bypass for morbid obesity. A randomized controlled trial comparing two gastrojejunal anastomosis techniques. *JLS*. En prensa.
10. Capella JF, Capella RF. Gastro-gastric fistulas and marginal ulcers in gastric bypass procedures for weight reduction. *Obes Surg*. 1999;9:22-27.
11. Cucchi SG, Pories WJ, MacDonald KG, Morgan EJ. Gastrogastric fistulas. A complication of divided gastric bypass surgery. *Ann Surg*. 1995; 221:387-391.
12. Carrodegua L, Szomstein S, Soto F, Whipple O, Simpfendorfer C, Gonzalvo JP, et al. Management of gastrogastric fistulas after divided Roux-en-Y gastric bypass surgery for morbid obesity: Analysis of 1,292 consecutive patients and review of literature. *Surg Obes Relat Dis*. 2005;1:467-474.
13. Leyba JL, Isaac J, Navarrete S, Bravo C, Navarrete S, Obregon F. Bypass gástrico por laparoscopia para la obesidad mórbida. Técnica y resultados en 150 pacientes con seguimiento de 3 a 48 meses. *RFM*. 2007;30:70-73.
14. Schauer PR, Ikramudin S, Gourash W, Ramanathan R, Luketich J. Outcomes after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity. *Ann Surg*. 2000; 232:515-529.
15. Blachar A, Federle MP, Pealer KM, Ikramudin S, Schauer PR. Gastrointestinal complications of laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass surgery: Clinical and imaging findings. *Radiology*. 2002;223:625-632.
16. Gould JC, Garren MJ, Starling JR. Lessons learned from the first 100 cases in a new minimally invasive bariatric surgery program. *Obes Surg*. 2004;14:618-625.