

TERAPIA DE VACÍO ENDOLUMINAL EN FUGA GASTROESOFÁGICA POSTERIOR A MANGA GÁSTRICA: CASO CLÍNICO

ENDOLUMINAL VACUUM THERAPY IN GASTROESOPHAGEAL LEAK AFTER GASTRIC SLEEVE: CLINICAL CASE

Tatiana Margoth Rivadeneira Sarmiento^{1*}

¹ Universidad Espíritu Santo, Facultad de Posgrados. Guayaquil, Ecuador. Correo: tatianarivadeneirasarmiento@hotmail.com

* Autor para correspondencia: tatianarivadeneirasarmiento@hotmail.com

Resumen

El padecimiento global de enfermedades no trasmisibles tales como la obesidad y las patologías asociadas a ella, van abarcando mayor prevalencia en la población, sin soslayar la realidad del Ecuador; siendo de esta manera, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ESANUT) para el año 2018 publica como resultados: "la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en adultos de 19 a 59 años fue de 64,68%, siendo mayor en las mujeres (67,62%) que en los hombres (61,37%)" (Ministerio de Salud Pública; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2018); como consecuencia a ello y las patologías que se desencadenan secundariamente, haciendo especial hincapié en el síndrome metabólico, como opción terapéutica quirúrgica han tomado la posta principal las diversas técnicas de cirugía bariátrica que persiguen como objetivo principal erradicar las patologías descritas; sin embargo, como todo proceder quirúrgico implica posibles complicaciones inherentes a ello.

Palabras clave: complicaciones de la cirugía bariátrica; terapia de vacío endoluminal; perforación; fuga de manga.

Abstract

The global suffering of non-transmissible diseases, such as obesity and pathologies associated with it, are compromising a higher prevalence in the population, without ignoring the current situation in Ecuador; the National Health and Nutrition Survey (ESANUT) for the year 2018 publishes as results: "the combined prevalence of overweight and obesity in adults from 19 to 59 years old was 64.68%, being higher in women (67.62%) than in men (61.37%)" (Ministry of Public Health; National Institute of Statistics and Censuses, 2018). Because of this and the pathologies that are triggered secondarily, with special emphasis on the

metabolic syndrome, a surgical therapeutic option has taken the lead with a diverse of bariatric surgery techniques that aim to eradicate the pathologies described; however, like any surgical procedure, it implies possible complications.

Keywords: *complications of bariatric surgery; endoluminal vacuum therapy; perforation; sleeve leak.*

Fecha de recibido: 29/11/2022

Fecha de aceptado: 18/01/2023

Fecha de publicado: 19/01/2023

Introducción

En la actualidad se evidencia un crecimiento en el padecimiento global de enfermedades no transmisibles tales como la obesidad y las patologías asociadas a ella, van abarcando mayor prevalencia en la población. El Ecuador no se encuentra ajena a esta realidad como consecuencia a ello y las patologías que se desencadenan secundariamente, haciendo especial hincapié en el síndrome metabólico, como opción terapéutica quirúrgica han tomado la posta principal las diversas técnicas de cirugía bariátrica que persiguen como objetivo principal erradicar las patologías descritas. Sin embargo, como todo proceder quirúrgico implica posibles complicaciones inherentes a ello.

Diversos autores han referido investigaciones relacionadas con la temática donde se destacan: Eficacia y seguridad de la terapia de vacío endoscópica para el tratamiento de perforaciones y dehiscencias anastomóticas del tracto digestivo superior (Sendino et al., 2020); Terapia de vacío endoluminal (Endo-Vac) en el manejo de la fístula de anastomosis esofagogástrica (Cañadas-Garrido et al., 2022) entre otras investigaciones que denotan el alcance e importancia del tema desarrollado.

Caso Clínico

Respecto a paciente femenina de 31 años con antecedente de obesidad tipo I con las siguientes medidas antropométricas peso: 91 kilogramos, talla: 1.64 metros e IMC: 33.83 kg/m², sin otras patologías de relevancia asociadas valorada por el servicio de anestesiología y cardiología para cirugía bariátrica programada tipo manga gástrica; es catalogada como riesgo quirúrgico cardiológico II/IV en índice de Goldman.

Dentro de la batería de paraclínicos los siguientes valores de complementarios: TSH 1.54 UI/ml, T3 1.3 ng/ml, T4 72.26 ng/ml, colesterol total 200 mg/dl, glucosa 136 mg/dl, triglicéridos 253 mg/dl, hemoglobina glicosilada 6.1%. En imágenes se indica ultrasonografía abdominal con el siguiente reporte: agenesia renal izquierda, esteatosis hepática leve, lesión quística anexial derecha que impresiona hidrosalpinx. Además, a la paciente se indica estudio endoscópico anterior a cirugía bariátrica con los hallazgos descritos en esófago de saco herniario con dos erosiones en hora 6 y hora 2, en estómago, mucosa de antro presenta tenue eritema con

engrosamiento de un pliegue pre pilórico en hora 12 donde se observa erosión profunda con punteado petequiral escaso.

Mediante laparoscopia se procede a realizar cirugía bariátrica con la disección de toda la curvatura mayor del estómago y hiato plastia, posteriormente en las 24 horas siguientes la paciente es egresada de la institución hospitalaria.

Con cuadro clínico de cuatro días de evolución caracterizado por la presencia de dolor abdominal ubicado en epigastrio con irradiación hacia hipocondrio de lado izquierdo que se acompaña de disnea de medianos esfuerzos y alza térmica, paciente es reingresada por el servicio de emergencia, en donde se realizan complementarios de laboratorio clínico y de imagen que incluye tomografía axial computarizada abdominopélvica contrastada en la cual se documenta: a nivel de unión gastro – esofágica distorsión anatómica existente con un discreto edema del mesenterio periférico en la zona de alta presión gástrica; el medio de contraste oral se lo observa extravasado hacia la cara posterior del estómago. (figura 1, figura 2)



Figura 1: TAC abdominopélvica simple en donde se visualiza alteración anatómica en unión gastroesofágica.



Figura 2: TAC abdominopélvica con contraste oral en donde se visualiza desborde de material de contraste en cara posterior de estómago.

Posteriormente es intervenida mediante laparoscopia con realización de enterolisis, lavado de cavidad y gastrorrafia con colocación de dren en zona subfrénica izquierda; y, en segundo tiempo quirúrgico bajo videoendoscopia se evidencia fístula de 2 milímetros por lo que se coloca stent metálico esófago – gástrico (figura 3).



Figura 3: TAC toraco – abdominal con la imagen correspondiente al stent metálico esófago – gástrico

Más adelante, con doce días de evolución hospitalaria tórpida, se verifica procedimiento con control tomográfico toraco – abdominal teniendo como informe: niveles de fluido que ocupan el fondo de saco costo y cardiofrénicos y región basal, llamando la atención la existencia de gas periférico al cuerpo vertebral sobre el que cruza el catéter; por lo que, se procede a realizar laparoscopia diagnóstica con enterolisis laparoscópica, drenaje de colección subfrénica, colecistectomía por esta vía, y, colocación de tubo torácico; en días siguientes la usuaria evoluciona satisfactoriamente por lo que es egresada por segunda ocasión de la unidad asistencial, con programación ulterior de retiro de stent.

Con el objetivo de retirar stent esofágico gástrico, se realiza endoscopia digestiva alta durante la cual se observa fístula a nivel de cardias. Por permanencia de la fuga hacia cavidad gástrica, para su resolución, se vuelve a colocar en segundo tiempo quirúrgico por laparoscopia stent metálico esofágico, además de ejecución de enterolisis y gastrorrafia, ya que durante este protocolo operatorio se describe como hallazgos: adherencias gastrohepáticas, colección subfrénica, y fuga gástrica en la unión gastroesofágica. A pesar de ello, por continuidad de fuga esófago – gástrica, la paciente es reintervenida por cirugía de mínimos accesos describiendo como hallazgos: absceso en hipocondrio izquierdo, fístula gástrica no cerrada y escaza bilirragia de segmento hepático tres por lo que se describe como procedimiento laparoscopia diagnóstica, enterolisis laparoscópica, drenaje de absceso subfrénico, y, hepatorrafia (De Luca et al., 2016).

No obstante, tras tomografías de control y exámenes de tránsito esofágico, y, por persistencia de proceso fistuloso, se realiza por vía endoscópica retiro de stent y se decide la colocación de terapia de vacío endoluminal (Endo – Vac) en fistula gástrica, este procedimiento fue reiterado por seis ocasiones, hasta que por granulación completa y ausencia de fuga confirmado en estudio contrastado se retira Endo – Vac por endoscopia ulterior.

Discusión

La cirugía bariátrica en sus modalidades ofrece evidentes efectos en la pérdida de peso y con ello la mejora de las patologías atribuibles a la obesidad; en lo referente al caso clínico expuesto se empleó la técnica de manga gástrica, siendo ésta una de las más frecuentemente usada por los médicos cirujanos especialistas en procedimientos bariátricos y metabólicos(Quiroz Linares, 2021).

En la revisión de literatura narrativa de las complicaciones tempranas y graves de la manga gástrica dentro de los primeros diez días, atribuibles al sistema gastrointestinal se describe como principal a la peritonitis como consecuencia de fístulas anastomóticas en un “porcentaje del 3 al 7 %; e inclusive las fistulas pueden desarrollarse hasta tres meses después del procedimiento quirúrgico, y, en el 90% la ubicación es superior a la zona del grapado” (Kassir et al., 2016). Sumado a las dificultades posteriores se relata complicaciones hepato – biliares “siendo posible que desarrollen colecistitis posoperatoria” (Kassir et al., 2016) y la consiguiente colecistectomía como tratamiento erradicador.

La reparación de las fístulas por sistema de rafia endoscópicas en este tipo de pacientes se puntualiza “con un cierre exitoso del 20% a los 12 meses, aunque, también se accede al uso de clips; y, la colocación

endoscópica de stents metálicos auto expandibles con una recuperación de la fuga de un 87.8% pero no efectivos en las fugas crónicas” a propósito del caso en exposición (Popov et al., 2017).

Conclusiones

Se propone actualmente a más de las técnicas anteriormente descritas la terapia del vacío endoluminal (E-Vac), como alternativa factible en pacientes que intercurran con fugas anastomóticas; en el artículo original del departamento de cirugía mínimamente invasiva y gastroenterología del centro médico de la Universidad de Baylor, Dallas, Texas publicado en el año 2016 se recopilaron registros retrospectivos y prospectivos de ésta terapia; “como resultado nueve pacientes fueron tratados con terapia E-Vac. Durante el tratamiento, con un promedio de 10.3 procedimientos por paciente para colocar e intercambiar la Endo-ESPONJA. Los 9 pacientes tenían resolución de fugas confirmadas por serie gastrointestinal superior, después de someterse a la terapia E-Vac por un promedio de 50 días”. Agregando el caso relatado en este artículo al párrafo anterior, se deduce y concluye la utilidad de la terapia de vacío endoluminal.

Referencias

- Cañadas-Garrido, R., Ramírez-Barranco, R., & Cáceres-Escobar, D. (2022). Terapia de vacío endoluminal (Endo-Vac) en el manejo de la fístula de anastomosis esofagogástrica. *Revista colombiana de Gastroenterología*, 37(1), 83-89. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572022000100083
- De Luca, M., Angrisani, L., Himpens, J., Busetto, L., Scopinaro, N., Weiner, R., Sartori, A., Stier, C., Lakdawala, M., & Bhasker, A. G. (2016). Indications for surgery for obesity and weight-related diseases: position statements from the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6037181/>
- Kassir, R., Debs, T., Blanc, P., Gugenheim, J., Amor, I. B., Boutet, C., & Tiffet, O. (2016). Complications of bariatric surgery: presentation and emergency management. 27, 77-81. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919116000765>
- Popov, V. B., Ou, A., Schulman, A. R., & Thompson, C. C. (2017). The impact of intragastric balloons on obesity-related co-morbidities: a systematic review and meta-analysis. *Official journal of the American College of Gastroenterology/ ACG*, 112(3), 429-439. https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2017/03000/The_Impact_of_Intragastric_Balloons_on.13.aspx
- Quiroz Linares, G. A. M. (2021). Eficacia y complicaciones asociadas al uso del balón intragástrico endoscópico como tratamiento del sobrepeso y la obesidad en la población Arequipeña. <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/10730/J0.0601.SE.pdf?sequence=1>
- Sendino, O., Loras, C., Mata, A., Momblán, D., Andujar, X., Cruz, M., Cárdenas, A., Marquez, I., Uchima, H., & Cordova, H. (2020). Eficacia y seguridad de la terapia de vacío endoscópica para el tratamiento de perforaciones y dehiscencias anastomóticas del tracto digestivo superior. *Gastroenterología y hepatología*, 43(8), 431-438. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210570520302272>