

RESUMEN

TITULO:

Doble terapia endoscópica en el tratamiento de fístula gastrobronquial como complicación de gastrectomía vertical en manga. Reporte de un caso.

Eduardo Torices Dardón¹ Eduardo Torices Escalante², Leticia Domínguez Camacho³, José Luis Martínez Pantoja⁴, Alberto Arturo Aguilar López⁵, Uriel Lagunas Galeana⁶.

¹Médico adscrito al Servicio de Cirugía General. Hospital de Alta Especialidad 1° de Octubre, ISSSTE.

²Médico Especialista en Cirugía General y Endoscopia Gastrointestinal. Jefe de Servicio de Endoscopia Gastrointestinal. Hospital de Alta Especialidad 1° de Octubre, ISSSTE.

³Médico Especialista en Cirugía General y Endoscopia Gastrointestinal. Médico adscrito al Servicio de Endoscopia Gastrointestinal. Hospital de Alta Especialidad 1° de Octubre, ISSSTE.

^{4,5}Médico Residente en Endoscopia Gastrointestinal.

⁶Médico Residente de Cirugía General.

INTRODUCCIÓN:

Los procedimientos bariátricos realizados con mayor frecuencia son: bypass gástrico, manga gástrica y banda gástrica ajustable laparoscópica. La incidencia de fugas después de una manga gástrica laparoscópica es de 1,06% [1].

La fístula gastrobronquial (FGB) es una complicación tardía de la fuga gástrica crónica ubicada en la parte superior de la línea de grapas, formando un absceso subfrénico primario y ruptura secundaria al diafragma, conduciendo a una FGB [2], siendo una complicación rara con sesgos en su incidencia. Las técnicas endoscópicas son la terapia de primera línea en complicaciones de cirugía bariátrica, como fugas y fístulas con el empleo de: endoprótesis metálicas, el uso de clips, selladores de tejidos, sistemas de sutura y técnicas de drenaje interno [3].

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presenta caso de un paciente sometido a gastrectomía vertical en manga laparoscópica, que presentó una FGB como complicación postquirúrgica, iniciando manejo multidisciplinario que abarcó drenaje percutáneo, drenaje laparoscópico, colocación de endoprótesis Mega y terapia VAC endoscópica.

RESULTADOS:

Se utilizó terapia VAC endoscópica (Veraflow Cleanse) a presión continua de 175 mmHg. Con recambio endoscópico durante 6 sesiones durante 1 mes, observando mejoría de la sintomatología bronquial, disminución del gasto de fístula y tejido de granulación adecuado, se colocó endoprótesis MEGA con retiro a las 6 semanas observando ausencia de gasto y cierre de fístula gástrica y tolerancia a la vía oral.

CONCLUSIONES:

La FGB es una complicación temida por el cirujano bariatra, por ello es de vital importancia conocer las herramientas disponibles para su tratamiento. La terapia combinada con VAC endoscópico y endoprótesis tienen mayor efectividad que implementar monoterapia y evitan tratamientos quirúrgicos complejos, en contraste requieren de mayor tiempo de tratamiento, recambios y experiencia por parte del endoscopista.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Papavramidis TS, Mantzoukis K, Michalopoulos N. Confronting gastrocutaneous fistulas. *Annals of Gastroenterology* [Internet]. 2011 [cited 2021 Jun 28];24(1):16–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pbidi.unam.mx:2443/pmc/articles/PMC3959466/>
2. Fuks D, Dumont F, Berna P, et al. Case report: Complex management of a postoperative bronchogastric fistula after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Obes Surg*. 2009;19:261–64
3. Rogalski P, Swidnicka-Siergiejko A, Wasielica-Berger J, Zienkiewicz D, Wieckowska B, Wroblewski E, et al. Endoscopic management of leaks and fistulas after bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *Surgical Endoscopy* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2021 Jun 28];35(3):1067–87. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00464-020-07471-1>.