

Estenosis en el bypass gástrico por obesidad mórbida

La obesidad es hoy día un problema sanitario de primera magnitud. El síndrome metabólico, que desarrollan muchos de los pacientes con obesidad mórbida o severa, secundario al hiperinsulinismo que padecen, les hace sujetos de alto riesgo para las enfermedades cardiovasculares. Esto, unido a la patología osteoarticular por sobrecarga, además de la apnea del sueño y una larga lista de posibles comorbilidades, da lugar a un deterioro progresivo de la calidad de vida, con una significativa disminución de la longevidad. El consumo de recursos sanitarios por esta enfermedad experimenta un crecimiento exponencial. La ineficacia del tratamiento conservador en estos niveles de obesidad ha impulsado el desarrollo e implantación de diferentes técnicas quirúrgicas que, en la actualidad, constituyen la indicación terapéutica de elección. La incorporación de la laparoscopia a este campo ha sido la “segunda revolución”, dando lugar a un enorme aumento de la demanda quirúrgica (1).

La aplicación de la laparoscopia a las técnicas de cirugía bariátrica ha modificado el espectro y modo de presentación de las complicaciones postquirúrgicas (2). Así, por ejemplo, ha sucedido con las hernias internas, excepcionales en cirugía abierta, y, también, con el problema tratado en el artículo de Campillo-Soto y cols. (3) en este mismo número, las estenosis de la anastomosis de la anastomosis gastro-yeyunal en el bypass gástrico laparoscópico (BGL). En el BGL pueden ocurrir estenosis a diferentes niveles: anastomosis gastroyeyunal, la más frecuente; cerclaje de la bolsa gástrica, caso de que se utilice; y anastomosis yeyunoyeyunal, en la Y de Roux. Existen referencias a otras localizaciones de forma excepcional (mesocolon transversal,...) (4).

Estenosis de la anastomosis gastroyeyunal

El bypass gástrico es una técnica mixta, con un efecto restrictivo, preferente, y otro, adicional, malabsortivo, aunque actualmente este efecto adicional se considera más bien debido a cambios hormonales digestivos. La restricción se consigue mediante la reducción del tamaño de la bolsa gástrica y el estrechamiento de su salida, con el fin de conseguir una rápida saciedad. Este último factor puede lograrse colocando un cerclaje alrededor de la bolsa o, lo que es más frecuente, realizando una anastomosis gastroyeyunal estrecha. Si su diámetro es excesivamente pequeño o disminuye por cualquier causa se producirá una estenosis, que se define por sus síntomas, su aspecto radiológico y los hallazgos endoscópicos (5).

Desde el punto de vista cronológico, si aparece en las primeras seis semanas, la estenosis puede ser secundaria a edema de la anastomosis o a su obstrucción por algún coágulo retenido (6). Entre las seis y ocho semanas se deben considerar factores como la retracción cicatricial, la tensión de la anastomosis y otros, puestos de manifiesto por el cambio de textura de la alimentación en esa fase (de puré a sólido). A partir de las ocho semanas, la úlcera de neoboca, facilitada por fármacos antiinflan-

Editorial

matorios no-esteroides, alcohol o tabaco, se suma a la isquemia de la sutura y a la retracción cicatricial como causa de la progresiva disfagia (7).

La sospecha diagnóstica se basa en la sintomatología obstructiva alta que refiere el paciente: náuseas, vómitos, disfagia y sialorrea. Además, el tránsito bariado muestra afilamiento y retención del contraste a nivel de la anastomosis (5). La imposibilidad de pasar un endoscopio estándar de 9,8 mm confirma el diagnóstico (8). Szomstein y cols. (9) realizan endoscopias, por síntomas sugestivos de obstrucción alta, a 52 pacientes, de una serie de 535 bypass gástricos, y tránsito con Gastrografía a 30 de ellos, encontrando una correlación positiva entre ambos hallazgos.

Diferentes factores técnicos pueden originar o facilitar la aparición de estenosis en la anastomosis gastroyeyunal, como el tipo de sutura, manual, reabsorbible o no, monoplano o biplano, automática circular o lineal, la tensión en la anastomosis, su irrigación, el uso de la vía antecólica o retrocólica para el asa en Y de Roux, la úlcera de boca anastomótica (10), un hematoma submucoso que evolucione a fibrosis cicatricial isquémica, la cicatrización de una fístula anastomótica (7), las esclerosis de hemostasia endoscópicas y su posible posterior retracción, como refieren Campillo-Soto y cols. (3),...

En las anastomosis manuales, los hilos de sutura irreabsorbible pueden favorecer la aparición de una úlcera, además del desarrollo de un bezoar. La sutura en dos planos es más propensa a la isquemia, además de disminuir la luz por la invaginación que produce. La sutura continua, al ser anudada a tensión, si no se hace sobre una sonda que calibre la anastomosis, puede reducir su perímetro (7). Vasquez y cols. (11) refieren menos complicaciones de la anastomosis gastroyeyunal, en su serie 315 bypass gástricos, si la sutura de refuerzo que usan sobre el grapado circular de 25 mm está hecha con hilo reabsorbible. Ruiz de Adana y cols. (12), en su estudio prospectivo de cohortes sobre 242 BGL con anastomosis manual, obtienen un 9,5% de estenosis en el grupo de anastomosis gastroyeyunal con hilo reabsorbible multifilamento y 0,7% en el grupo realizada con hilo reabsorbible monofilamento.

En las anastomosis mecánicas, las grapadoras circulares parecen producir más retracción cicatricial y, entre ellas, más las de menor calibre (21 mm). Campillo-Soto y cols. (3) presentan un 8,1% de estenosis con grapadora de 21 mm. En el estudio de Suggs y cols. (13), sobre 438 pacientes, aquellos BGL realizados con grapadora de 25 mm tuvieron un 2,9% de estenosis, frente al 9,4% con grapadora de 21 mm. Fischer y cols. (14), en un estudio prospectivo aleatorio ciego de 200 pacientes, comparando ambos diámetros, encuentran 17% de estenosis con 21 mm y 7% con 25 mm. Sin embargo, Frutos y cols. (15), en 676 BGL con anastomosis realizada con grapadora de 21 mm, refieren 3,4% de estenosis. También parecen ser más frecuentes las hemorragias, que obligan a esclerosis endoscópicas (3). A este respecto, las grapadoras lineales tienen la ventaja de que el grapado intraluminal puede ser inspeccionado antes de completarse la anastomosis. Nuestra propia experiencia, en 1.271 anastomosis gastroyeyunales con grapadora lineal en BGL con banda, es de un 2,3% de estenosis, mientras que Carrodegua y cols. (16), en 1.291 pacientes con anastomosis lineal, registran estenosis en el 7,3%.

En el momento del cambio de alimentos líquidos o pastosos a sólidos, que suele recomendarse entre cuatro y seis semanas tras la cirugía, es cuando el paciente comienza a notar la dificultad de paso. En ocasiones, la forma de presentación es una impactación alimentaria que precisa una endoscopia urgente, en la que se descubre la estenosis. Los síntomas obstructivos en esta primera fase, pueden ser debidos a

Editorial

deficiente masticación del paciente o a edema anastomótico y resolverse espontáneamente en hasta dos semanas. Un inhibidor de la bomba de protones (IBP) en dosis de 80 mg/día, antiinflamatorios no-esteroides y/o corticoides por vía parenteral, además de un antiemético, son útiles en este proceso, según Campos y cols. (7). También se beneficia del tratamiento con IBP la estenosis asociada a úlcera de neoboca o marginal, previamente a la dilatación.

El tratamiento de elección de la estenosis es la dilatación con balón. El uso de dilatadores del tipo de Savary-Gilliard es rechazado por muchos autores por el riesgo de perforación, ya que el asa puede no estar en el mismo eje que la anastomosis y porque, al ser empujada distalmente, puede provocar una dehiscencia de la anastomosis (7). Pero Fernández-Esparrach y cols. (17) aportan buenos resultados en la dilatación de 24 estenosis de la anastomosis gastroyeyunal con estas bujías.

Los balones comúnmente usados son los TTS (*through the scope*), que se rellenan, preferentemente con suero, hasta un diámetro máximo de 15 mm (18), controlados con un manómetro que correlaciona la presión ejercida con el diámetro obtenido. Con este instrumento se ejerce una presión radial, lo que disminuye el riesgo de fístula por rotura de la anastomosis. El uso de diámetros mayores de 20 mm puede originar reganancia de peso, riesgo del que no están exentos calibres menores, sobre todo si la estenosis es de larga duración y el paciente se ha acostumbrado a alimentarse a base de “calorías líquidas”. Swartz y cols. (19), en un estudio de 204 estenosis, proponen adaptar el diámetro de dilatación al grado de estenosis; 12 mm para grado bajo, 13,5 mm en grado medio y 15 mm en grado alto.

Generalmente, una sesión de dilatación suele ser suficiente. Si tras dos o tres sesiones la estenosis recidivase, podría plantearse la sección de la estenosis con bisturí endoscópico en dos, tres o cuatro cuadrantes. El tratamiento quirúrgico se reserva para casos resistentes a la terapia endoscópica, por riesgo elevado de complicaciones de la misma, o por falta de instrumental o equipo adecuado (7).

Estenosis a nivel del cerclaje

Con el fin de mantener constante el calibre de la salida de la bolsa gástrica, independientemente de los avatares de la anastomosis gastroyeyunal, algunos cirujanos emplean cerclajes alrededor de aquella. Pueden ser de tubo de silicona, de malla de polipropileno o de otros materiales (politetrafluoroetileno expandido –PTFE–,...). También a ese nivel pueden producirse estenosis por diferentes causas: haberlos ajustado demasiado al ser colocados, deslizamiento, endurecimiento y retracción, erosión e inclusión en la luz de la bolsa gástrica o formación de cápsula fibrosa. En nuestra serie de 1.271 pacientes operados mediante BGL con banda, 4 de los 17 en que se utilizó cerclaje de tubo de silicona desarrollaron estenosis y fue preciso retirarlo, en el resto, cerclados con banda de malla de polipropileno de 6,5 cm de perímetro, no ha habido estenosis a ese nivel. En estos pacientes, se puede intentar abrir el cerclaje con dilataciones endoscópicas, rompiendo las suturas que lo cierran, pero con frecuencia no son efectivas y habrá que retirarlo. Si se han incluido en la luz, se podrán retirar por endoscopia los de silicona o PTFE, con un grado variable de dificultad. En los de malla de polipropileno, mejorará la sintomatología seccionando y extrayendo la porción expuesta en el interior de la bolsa gástrica, en sesiones repetidas de endoscopia (7), pero su extracción completa es muy improbable con este método; si fuera precisa, necesitará una intervención quirúrgica.

Editorial

Estenosis de la anastomosis yeyunoyeyunal

A nivel de la anastomosis del pie de asa de la Y de Roux, el estrechamiento se debe, generalmente, a un defecto técnico durante su construcción. Esta anastomosis puede soportar un grado importante de estenosis, pues a su través sólo fluye líquido (jugo gástrico, bilis y jugo pancreático). Es la causa más frecuente de obstrucción parcial del intestino delgado temprano. La tomografía axial computarizada es la herramienta diagnóstica más fiable y la cirugía el tratamiento más apropiado y definitivo (20). La situación puede hacerse crítica en caso de sangrado, ya que puede ser obstruida por coágulos. En este caso, se manifiesta en el postoperatorio inmediato por distensión del asa aferente de la Y de Roux (asa biliopancreática) con dilatación gástrica aguda. Es precisa una descompresión urgente del estómago e implantación de una gastrostomía, además de reconstrucción de la anastomosis yeyunoyeyunal.

En resumen, la estenosis es una complicación relativamente frecuente del bypass gástrico. Las causas de estenosis de la anastomosis gastroyeyunal son múltiples y las referencias bibliográficas son contradictorias en su incidencia y factores etiológicos, sobre todo respecto a la técnica anastomótica. El tratamiento de elección es la dilatación neumática, que es habitualmente eficaz.

F. de la Cruz Vigo¹ y J. L. de la Cruz Vigo²

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva "A". Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ²Unidad de Cirugía Laparoscópica. Clínica San Francisco. León