

Estenosis de la anastomosis gastroyeyunal en el bypass gástrico laparoscópico. Nuestra experiencia con 62 pacientes

A. Campillo-Soto¹, J. A. Torralba-Martínez¹, J. G. Martín-Lorenzo¹, R. Lirón-Ruiz¹, M. Bento-Gerard², E. Pérez-Cuadrado³ y J. L. Aguayo-Albasini¹

Servicios de ¹Cirugía General, ²Anestesia y Reanimación y ³Digestivo. Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer. Murcia

RESUMEN

Objetivo: la estenosis de la anastomosis gastroyeyunal representa una complicación nada desdeñable en la cirugía bariátrica por laparoscopia, llegándose, en algunas series, a alcanzar el 15%. Presentamos nuestra casuística en una serie de 62 casos consecutivos y el manejo realizado.

Pacientes y método: desde enero-2004 a septiembre-2006 hemos realizado de manera consecutiva 62 bypass gástricos por laparoscopia según técnica de Wittgrove modificada. La anastomosis gastroyeyunal se realiza con material de autosutura tipo CEEA nº 21 término-lateral (ILS; Ethicon) y después de comprobar la estanqueidad anastomótica se dan dos puntos de válvula tipo Hoffmeister a cada lado de la anastomosis. En 4 casos (6,45%) se reconvirtió a laparotomía, realizándose la anastomosis de la misma manera. El seguimiento tiene un rango de 3-35 meses, realizado en 61 enfermos, pues un paciente falleció por tromboembolismo pulmonar en el postoperatorio inmediato tras reintervención, a las dos semanas del bypass gástrico, por necrosis de un pequeño fragmento del remanente gástrico.

En todos los pacientes con intolerancia persistente a la alimentación se realizó tránsito baritado y/o gastroscopia. Cuando se evidenció estenosis gastroyeyunal se procedió a dilatación neumática endoscópica (recomendando dilatar la anastomosis hasta como máximo 1,5 cm).

Resultados: en 5 casos (8,1%) se desarrolló una estenosis gastroyeyunal, en 4 de estos casos el diagnóstico inicial fue por tránsito baritado y en 1 caso por endoscopia. Dos pacientes tenían antecedentes de HDA que precisaron esclerosis endoscópica de la lesión sangrante (esclerosis circunferencial a las 48 horas de la cirugía y esclerosis de puntos sangrantes). Todos los casos se resolvieron mediante dilatación endoscópica, precisando en dos casos dos sesiones de dilatación y el resto una. En el seguimiento no se han detectado re-estenosis.

Conclusión: la estenosis gastroyeyunal es consecuencia de realizar una anastomosis de pequeño calibre (con vistas a evitar así el rápido vaciamiento del bolsón gástrico), hecho también favorecido por la anastomosis circular. Clínicamente se traduce en una intolerancia oral progresiva, evidenciándose la estenosis entre el 1^{er} y 3^{er} mes postoperatorios. Las situaciones de esclerosis de lesiones sangrantes la favorecen, sobre todo en aquellos casos de esclerosis amplias. En aquellos casos de sospecha el tránsito baritado nos ofrece un alto rendimiento diagnóstico. La dilatación endoscópica ha resuelto, hasta la fecha, todos los casos.

Palabras clave: Estenosis post bypass gástrico. Obesidad mórbida. Complicaciones y bypass gástrico.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida es la única terapia efectiva a largo plazo para conseguir y mantener en el tiempo pérdidas significativas de peso. Entre las técnicas empleadas en el tratamiento quirúrgico de la obesidad, el bypass gástrico es la más utilizada extensamente (1). Aunque la relación beneficios/complicaciones es bastante favorable, entre ellas destacan las dehiscencias y las hemorragias con una incidencia constante en las diferentes series (2,3). En cuanto a la estenosis de la anastomosis gastroyeyunal su incidencia es variable, presentándose entre el 1 y el 15% de los pacientes, según las series (4,5).

El objetivo de este trabajo es presentar la incidencia de esta complicación, así como su manejo, en nuestra serie de 62 pacientes intervenidos por obesidad mórbida mediante bypass gástrico laparoscópico (BGL).

PACIENTES Y MÉTODOS

En el periodo comprendido entre enero de 2004 y septiembre de 2006, 62 pacientes fueron sometidos a BGL según la técnica de Wittgrove modificada (6) en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Universitario "J.M. Morales Meseguer" de Murcia. Los 62 pacientes se distribuyeron en 25 varones y 37 mujeres con una edad media de 41 años (rango: 25-60 años). Las indicaciones para la realización del BGL fueron pacientes con perfil psicológico adecuado en quienes haya fracasado el tratamiento conservador supervisado con: a) índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 40 kg/m²; o b) IMC = 35 si se asocian comorbilidades mayores.

Los pacientes candidatos a cirugía bariátrica son enviados a consultas de endocrinología. Si cumplen criterios de inclusión, y tras valoración por el Servicio de Psiquiatría, se remiten al Departamento de Cirugía General; algunos con IMC > 55 y patología severa concomitante, se remiten a digestivo para valoración de colocación de balón intragástrico transitorio. Desde la consulta de ciru-

gía se coordina la valoración del riesgo quirúrgico por el anestesista y, en ocasiones, con la participación de cardiología y neumología, y tras firmar un consentimiento informado específico para esta técnica, fueron intervenidos por el mismo grupo de cirujanos con especial dedicación a esta patología. Se realizó anestesia general y monitorización específica para BGL. En todos los casos, tras la cirugía se realizó control postoperatorio en Unidad de Cuidados Intensivos durante las primeras 24 horas. Se realizó profilaxis antibiótica y tromboembólica, así como el seguimiento diario del procedimiento, tanto desde el punto de vista médico como de enfermería y nutrición según nuestra vía clínica para el BGL.

La anastomosis gastroyeyunal (AGY) se realizó con material de autosutura tipo CEEA n.º 21 término-lateral (ILS; Ethicon®), tras comprobar la estanqueidad anastomótica se dieron en todos los casos dos puntos de válvula tipo Hoffmeister a cada lado de la anastomosis. En los casos de reconversión a laparotomía se realizó el mismo procedimiento. El análisis de los resultados se hizo por intención de tratar por tanto se incluyeron en el estudio los pacientes reconvertidos a laparotomía.

Tras el alta, los pacientes fueron revisados y seguidos en consultas externas de cirugía al primer mes postoperatorio y posteriormente periódicamente cada 3 meses.

Se diseñó un protocolo para la recogida de datos prospectiva y seguimiento que incluía: datos de filiación, antecedentes personales, IMC, tipo de cirugía, causas de reconversión a laparotomía, complicaciones precoces y tardías, días de ingreso, mortalidad y sus causas.

El seguimiento de los pacientes se realizó de forma prospectiva desde el postoperatorio inmediato hasta el fallecimiento del paciente o el cierre del estudio (septiembre de 2006). En todos los pacientes con intolerancia persistente a la alimentación se realizó tránsito baritado y/o gastroscopia. Cuando se evidenció estenosis gastroyeyunal se procedió a dilatación neumática endoscópica (recomendando dilatar la estenosis gastroyeyunal hasta como máximo 1,5 cm).

RESULTADOS

Entre enero de 2004 y septiembre de 2006, 62 BGL fueron realizados en nuestro servicio de cirugía. Sesenta y un pacientes fueron seguidos durante el periodo de estudio con una media de 24 meses (rango: 3-35 meses). Un paciente falleció por tromboembolismo pulmonar masivo en el postoperatorio inmediato tras la reintervención.

En 5 pacientes (8,1%) se desarrolló una estenosis gastroyeyunal. Siendo la clínica del 100% de los casos la intolerancia oral progresiva entre el 1.º y el 3.º mes postoperatorio; en 4 de ellos el diagnóstico inicial se realizó por tránsito baritado y en el caso restante por endoscopia. Dos de los pacientes presentaban antecedentes de hemorragia digestiva alta (HDA) que precisaron esclerosis en-

doscópica de la lesión sangrante (esclerosis circunferencial a las 48 horas de la cirugía y esclerosis de puntos sangrantes). Todos los casos se resolvieron mediante dilatación endoscópica, precisando en dos casos (40%) dos sesiones de dilatación y en los 3 restantes (60%) una. Durante todo el seguimiento de los pacientes no se detectaron re-estenosis ni nuevos casos diagnosticados. No hubo mortalidad en relación con esta complicación.

DISCUSIÓN

El manejo adecuado de la obesidad mórbida requiere de la creación de una unidad superespecializada en el que deben estar involucrados cirujanos generales, psiquiatras, digestólogos, anestesistas, endocrinólogos y nutricionistas, ya que, cada caso precisa un estudio detallado para decidir la mejor opción terapéutica (7,8). Además, en los casos que tienen indicación quirúrgica el seguimiento postoperatorio estrecho y multidisciplinar es muy importante para la detección y tratamiento precoz de las complicaciones.

El BGL es la técnica más extensamente utilizada, siendo sus complicaciones relativamente escasas y bien manejadas. Dentro de las complicaciones del BGL destacan las dehiscencias de anastomosis (1-2%), siendo de 5 a 10 veces más frecuentes en bypass secundarios que en los primarios (3,9) y las hemorragias digestivas (3-6%) (2,10). La estenosis de la anastomosis gastroyeyunal es una complicación muy variable según las series (1-15%) (4,5), las estenosis pueden ser funcionales o anatómicas, siendo la frecuencia de cada una de ellas igualmente variable. En nuestra serie hemos tenido un porcentaje intermedio de estenosis (8%) en comparación con lo publicado en la bibliografía. El diagnóstico de estas lesiones se basa en la sospecha clínica ante cualquier paciente operado con BGL con dificultad digestiva e intolerancia persistente a la alimentación. La aparición clínica de estas lesiones a partir del primer mes postoperatorio se debe a que durante las primeras 4-6 semanas los pacientes sometidos a BGL reciben una dieta líquida, siendo la incorporación de alimentos semisólidos iniciada a partir del 1-2 mes postoperatorio (11). Su diagnóstico se confirma con la realización de un tránsito baritado o endoscopia. La realización de tránsito baritado tiene como ventajas la rapidez en su realización y pronta disponibilidad y como desventaja que simplemente es diagnóstica. Mientras que la endoscopia es diagnóstico-terapéutica, siendo su desventaja la menor accesibilidad o demora en su realización (10). En nuestra serie el 80% de los casos se diagnosticaron por tránsito baritado, siendo empleada la endoscopia en el caso restante (20%). El tratamiento indicado es la dilatación neumática endoscópica en sesión única o múltiple, siendo sus resultados excelentes a largo plazo en cuanto a ausencia de complicaciones y fracasos, tal y como se recoge en las publicaciones especializadas (5,9,12). Nuestros resultados en cuanto al tratamiento son

compatibles con esta última afirmación, ya que, no hemos tenido ninguna complicación ni fracaso en el tratamiento de estos pacientes.

El hecho de que existan 2 casos (40%) con antecedentes de HDA durante el postoperatorio inmediato que han requerido electrocoagulación endoscópica circunferencial, nos sugiere la hipótesis de que la coagulación circunferencial puede ser factor de riesgo de estenosis posterior, como consecuencia de la reacción inflamatoria-cicatricial secundaria. Debido a que no hemos encontrado esta asociación en la literatura, creemos que son necesarios más estudios para llegar a sólidas conclusiones.

Entre los factores que favorecen el desarrollo de las estenosis destacan un factor técnico: la realización de anastomosis de pequeño calibre (con el fin de evitar el rápido vaciamiento del bolsón gástrico); y un factor mecánico o de aparataje: la línea de grapas circular del material de autosutura (5,9). González y cols. (13) publicaron un estudio comparativo de la anastomosis circular mecánica

frente a anastomosis manual, observando un aumento significativo de estenosis en el grupo con anastomosis con grapadora circular (31 frente al 3%). Otros autores han confirmado estos resultados; Nguyen y cols. (3) han comunicado un 11,4% de estenosis con anastomosis circular mecánica, frente al 4,9% publicado por Higa y cols. (14) con anastomosis manual. En otro estudio, Nguyen demostró una mayor incidencia de estenosis cuando se realiza con grapadora circular de 21 mm de diámetro (26,8% de los casos) que cuando se realiza con la de diámetro de 25 mm (7,6%), sin que se observara diferencia en la pérdida de peso entre ambos grupos (15). En cuanto a las anastomosis mecánicas lineales, se han publicado porcentajes de estenosis entre 4 y 7% (16,17), resultados muy similares a los de las anastomosis manuales. En nuestra serie hemos tenido un porcentaje de estenosis muy similar a los de las series con sutura mecánica lineal o manual (8%), por lo que consideramos que nuestra técnica, con anastomosis circular mecánica, es válida y se ajusta a los mejores estándares publicados.