

Degastrectomía Total Salvadora de Vida en Sepsis Abdominal Post Cirugía Bariátrica de Manga Gástrica

Barboza E.*, Barboza A.**, Calmet F.**, Montes M.**, Ronceros V.**, Málaga G.**, Gotuzzo E.**,
Sattui A.*, Portugal J.*, Mattos L.*, Bocanegra J.*, Vásquez F.*, Contardo M.*, Arias Stella J.*

RESUMEN

Presentamos la experiencia de tres pacientes obesos que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico de manga gástrica y que desarrollaron dehiscencia de sutura gástrica con peritonitis generalizada, sepsis y shock por lo que fueron sometidos a degastrectomía total (resección del remanente gástrico) y reconstrucción inmediata de esófago yeyuno anastomosis en Y de Roux como última medida de tratamiento salvador de vida.

PALABRAS CLAVES: Obesidad, manga gástrica, fístula gástrica, degastrectomía total.
Rev Gastroenterol Perú; 27: 295-302

SUMMARY

Three obese patients underwent sleeve gastrectomy. They developed gastric dehiscence with generalized peritonitis, sepsis and shock, being operated as total gastrectomy of the remanent stomach with Roux in Y esophago-jejunostomy reconstruction as a last chance of life saving procedure.

KEY WORDS: Obesity, sleeve gastrectomy, gastric fistula, total gastrectomy of the remanent gastric pouch.

* Profesor Principal del Departamento Académico de Cirugía de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

** Clínica San Felipe. Servicios de Cirugía, Medicina Interna, Infectología, Cardiología, Gastroenterología, Neumología, Anestesiología, Psiquiatría, Nefrología, Cuidados Intensivos.

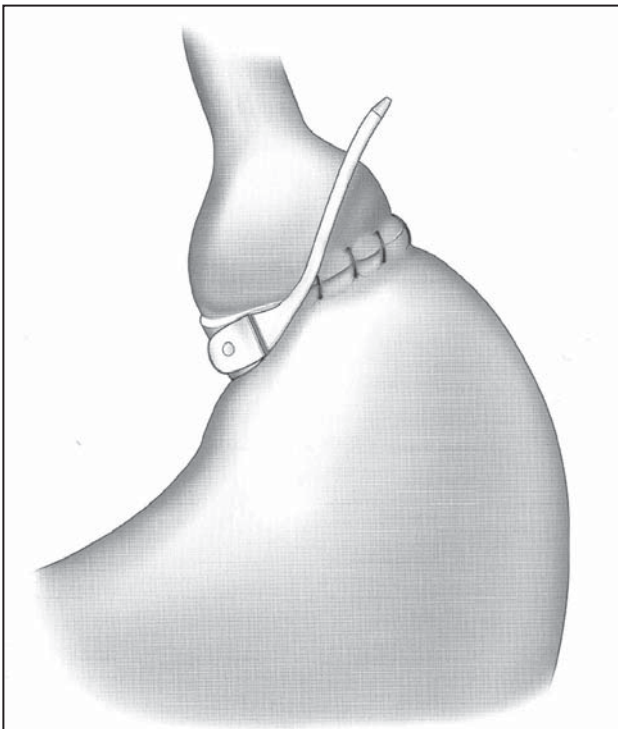
INTRODUCCION:

La cirugía bariátrica ha tenido un boom en los últimos años, despertando en los cirujanos la inquietud de mejorar la calidad de vida de los pacientes obesos mórbidos y especialmente mejorar el pronóstico de vida en aquellos con procesos mórbidos severos de diabetes mellitus, hígado graso, enfermedad coronaria, hipertensión arterial, apnea del sueño, osteoartritis, etc. Este bien intencionado interés ha generado variadas técnicas quirúrgicas que se encuentran en proceso de investigación, no pudiéndose definir hasta el momento la técnica ideal, por lo que los grupos quirúrgicos desarrollan su experiencia de acuerdo a las normas que continuamente se vienen regulando de acuerdo a los resultados parciales que se reportan periódicamente y que deben ser informados a los pacientes. Lamentablemente todas las técnicas tienen efectos secundarios en mayor o menor grado, lo que exige un cambio en el estilo de vida del paciente y sobretodo controles médicos a lo largo de su vida.

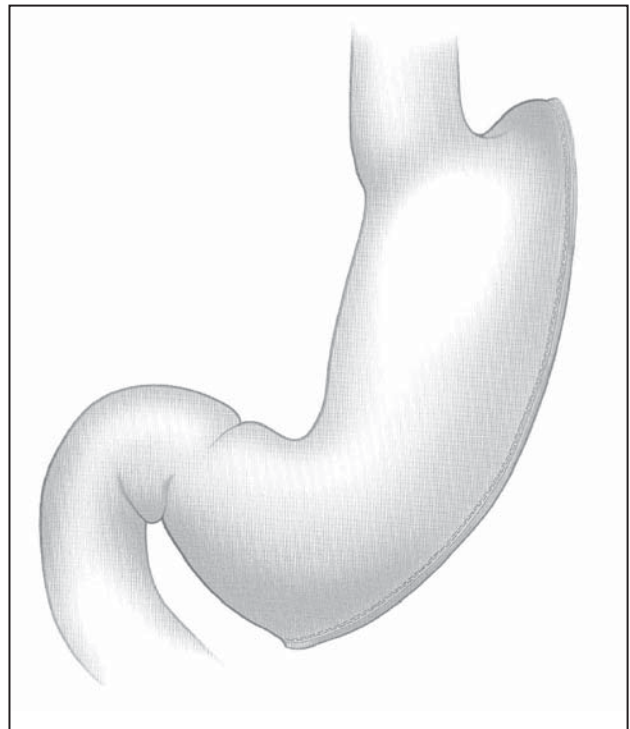
La obesidad mórbida ha sido declarada por la Organización Mundial de la Salud como un verdadero problema social que viene incrementándose en forma alarmante, generando una serie de problemas médicos que terminan con la muerte temprana de los pacientes. Se estima que en los Estados Unidos de Norteamérica existen más de 8 millones de obesos mórbidos.

Ante el fracaso de la terapia médica, hace algo más de 50 años que se inició el tratamiento quirúrgico de la obesidad¹, realizándose diferentes técnicas de resección gastrointestinal o de by pass intestinal sin conseguir buenos resultados, presentando serias complicaciones post operatorias y en algunos casos con mortalidad temprana o tardía especialmente en pacientes con gran sobrepeso (BMI > de 45)².

Con la aparición de la cirugía laparoscópica, se plantearon alternativas quirúrgicas a la cirugía abierta clásica de by pass gástrico la que se ha venido perfeccionando en los últimos 15 años, alcanzando gran popularidad en los Estados Unidos con escasa mortalidad y baja morbilidad en manos expertas. Paralelamente en Europa se desarrolló la técnica de la Banda gástrica que es una operación mucho más simple, en la que el cirujano coloca una correa ajustable en la parte alta del estómago Fig. 1a, regulando el pasaje de los alimentos, con lo que se reduce sustantivamente el peso. Otras formas de by pass gástrico se han desarrollado también como la técnica de Scopinaro, el switch duodenal y últimamente la resección de la curvatura mayor del estómago (manga gástrica o gastric sleeve), Fig. 1b. Todas estas técnicas requieren de gran destreza del cirujano y un seguimiento muy estrecho del paciente para evitar que éste desarrolle complicaciones serias por excesiva pérdida de peso con la consiguiente desnutrición, como se han reportado en pacientes a los que se deja muy poco intestino funcional³. Lamentablemente todas estas técnicas quirúrgicas están sujetas a la aparición de complicaciones en un terreno inusual de grandes obesos que debemos enfrentar para lograr la recuperación del paciente.



Banda Gástrica Ajustable Laparoscópica (LAGB)



Gastrectomía Vertical en Manga Laparoscópica

FIG. 1 Técnicas de Banda Gástrica

En este orden de cosas hemos tenido la oportunidad de operar en los últimos doce meses en condiciones críticas a tres pacientes obesos mórbidos que fueron sometidos a técnicas de cirugía bariátrica de manga gástrica para reducir peso y que desarrollaron complicaciones post operatorias de fístula gástrica con sepsis intraabdominal y shock séptico, y que fueron reoperados en varias oportunidades antes de ser transferidos y a los que tuvimos que practicar la extirpación del remanente gástrico (degastrectomía total) como la única forma de salvarles la vida.

CASO I

Paciente de 55 años de edad, sexo masculino, con obesidad mórbida de más de 20 años con BMI 35 (Peso: 125 kg) con diabetes mellitus tipo II y uso de insulina con fístula gastrocutánea y sepsis post operación de manga gástrica.

Antecedentes: Paciente operado en tres oportunidades en un período de 20 días con pérdida de 30 kilos de peso.

En la primera operación la exploración laparoscópica reveló hígado cirrótico. Le practicaron gastrectomía vertical laparoscópica en manga (resección vertical del lado izquierdo del estómago, desde la zona para cardial izquierda hasta el inicio del antro gástrico, conocida en la literatura inglesa como sleeve gastrectomy) Fig. 1b. Dado de alta a las 48 horas. Seis días después, el paciente es re-hospitalizado por dolor abdominal, malestar e hipo. En las siguientes horas entra en shock y una TAC abdominal demostró abundante sangre intra-abdominal. El paciente fue reintervenido de urgencia encontrándose abundantes coágulos y sangre fresca provenientes de dehiscencia de sutura gástrica, la cual fue suturada y reforzada con epiplón. El paciente desarrolló IRA post operatoria.

Una semana más tarde control tomográfico mostró fístula gástrica importante, razón por la cual fue nuevamente reintervenido. Durante la laparotomía exploradora le encontraron nueva dehiscencia en la línea de sutura gástrica por encima de la anterior, procediéndose a realizar la misma técnica de sutura, reforzada esta vez por todo el epiplón y amplio drenaje de J-P y yeyunostomía para alimentación.

En el control tomográfico 6 días después (Fig. 2a, 2b), se objetivó fístula gastrocutánea de alto volumen, para entonces el paciente había perdido 30 kilogramos de peso, y se encontraba con anemia moderada, insuficiencia renal aguda en proceso de recuperación y presentaba dehiscencia parcial infectada de la herida operatoria mediana supraumbilical.

Evolución: Transferido a nuestro servicio, intentamos inicialmente conseguir la cicatrización espontánea de la fístula gástrica con hiperalimentación parenteral para evitar una cuarta operación en las malas condiciones clínicas que se encontraba el paciente. Se rotaron antibióticos de amplio espectro y antimicóticos por presencia de *Cándida Albicans* en cultivo abdominal, controlándose la infección en 7 días dándole la oportunidad de continuar el tratamiento ambulatoriamente.

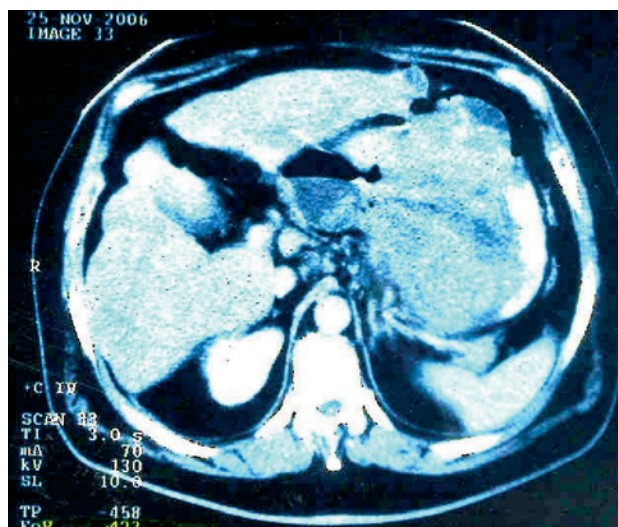


Fig. 2a

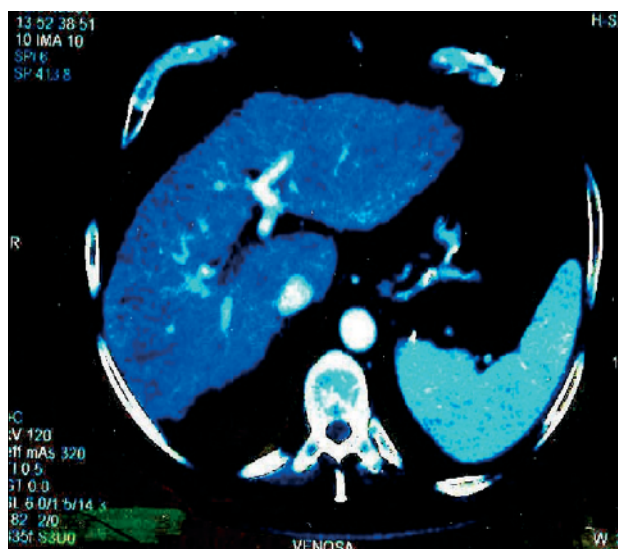


Fig. 2b

Al cabo de cuatro semanas de tratamiento médico intenso y alimentación enteral, un nuevo control tomográfico demostró presencia de absceso peri gástrico vecino a la dehiscencia gástrica, el cual se drenaba al exterior por rebalse. Gastroscopia mostró amplia comunicación del estómago con la cavidad abdominal observándose el dren JP vecino (Fig. 3)

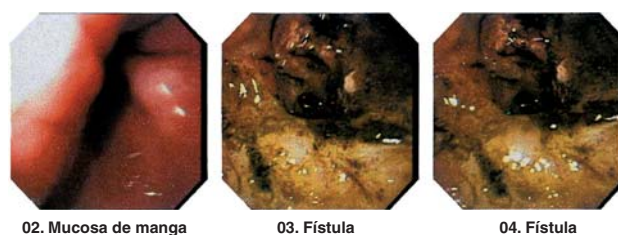


Fig. 3

Por los hallazgos descritos era imposible pensar que la fístula cicatrizara recomendándose tratamiento quirúrgico, idealmente gastrectomía total con reconstrucción inmediata, quedando abierta la posibilidad de dejar esofagostomía y fístula yeyunal temporal en primer tiempo y dejar la reconstrucción para un segundo tiempo. En ese momento el estado clínico del paciente había mejorado, el peso se había estabilizado, aunque requería tratamiento antibiótico permanente. El cultivo del drenaje fistuloso demostró *Pseudomona Aeruginosa*.

Operación: Laparotomía exploradora + Degastrectomía total con resección completa del epiplón + anastomosis esófago yeyunal T-L con CEEA 28 + resección segmentaria de yeyuno que contiene yeyunostomía + anastomosis yeyuno yeyunal T-L en Y de Roux + yeyunostomía alimenticia a lo Witzel + drenajes de J-P x 2. Lavado de cavidad abdominal.

Dentro de los hallazgos operatorios se constató el hígado cirrótico encontrándose múltiples abscesos en abdomen superior, envueltos por el epiplón, dehiscencia de sutura gástrica de 4x4 cms. rodeadas por epiplón. Además se observó esteato necrosis peri pancreática (Fig. 4).

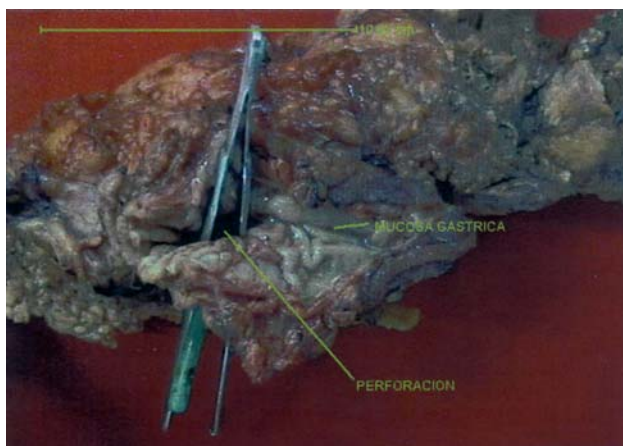


Fig. 4

En el post operatorio el paciente evolucionó satisfactoriamente en UCI pasando a su habitación a las 48 horas, con alimentación enteral y terapia antibiótica y anticoagulante profiláctica de acuerdo a los cultivos de pus de abscesos que revelaron *Enterococcus Faecalis* y *Cándida Albicans* sensibles a meropenem y targocid.

Examen radiológico contrastado de control de anastomosis esófago yeyunal a los 7 días de operado fue normal, iniciando dieta oral el 8vo. día del post operatorio progresando a dieta licuada y retirando la dieta enteral en forma progresiva. Salió de alta en el PO 14 sin drenes, tolerando dieta blanda.

Control ambulatorio a los cinco meses, el paciente se encuentra asintomático, tolerando dieta de 1800 cal, con niveles de glucosa en 80, sin requerimiento de insulina y con presión

arterial dentro de límites normales, habiendo dejado de usar antihipertensivos. Su peso se encuentra estabilizado en 91 kg.

CASO II

Paciente de 27 años de edad, sexo femenino, transferida a la Clínica San Felipe por cuadro séptico de origen peritoneal con fístula gastrocutánea post gastrectomía en manga.

Antecedentes: Operada por sobrepeso (BMI 35) con banda gástrica 18 meses antes. La paciente gestó una pareja de mellizos sin problemas médicos. Posteriormente el manipulero del puerto infectó la banda requiriendo laparoscopia para aflojar la banda, quedando la herida abierta y cultivo positivo a *Estafilococcus Aureus*. Gastroscopia reveló erosión de la pared gástrica, siendo sometida a Laparotomía para retiro de la banda gástrica. En esa misma operación le practicaron gastrectomía vertical abierta en manga. Una semana más tarde fue reoperada para drenar múltiples abscesos intra-abdominales por dehiscencia de sutura gástrica.

En el post operatorio inmediato permaneció séptica, razón por la cual fue transferida a nuestro servicio. Al momento del ingreso, la paciente se encontraba en muy mal estado general, séptica, con hipoproteinemia marcada (Alb: 1.5) anemia (Hb: 5) febril, urea 60. Se le transfundió e inició hiperalimentación parenteral y terapia triple antibiótica, corrigiendo anemia y deshidratación. Tomografía abdominal mostró signos de reciente trauma quirúrgico y la prueba de azul de metileno mostró amplio pasaje del contraste al exterior por los drenes, confirmando el diagnóstico de fístula gastrocutánea de alto gasto, sin mejoría del cuadro clínico, motivando el tratamiento quirúrgico en circunstancias críticas.

Operación: Laparotomía Exploradora + Degastrectomía Total con anastomosis esófago yeyunal con CEEA 25 y yeyuno-yeyuno anastomosis T-L con yeyunostomía alimenticia a lo Witzel. + Cultivo de pus abdominal y del epiplón + lavado de la cavidad + drenaje de J-P x 2.

Durante la exploración quirúrgica, se encontró pus en diferentes zonas del abdomen, con peritonitis generalizada y escape de contenido gástrico por la parte superior de la sutura gástrica en zona donde estuvo la banda gástrica. Todos los cultivos de pus abdominal mostraron *Candida Albicans*.

La paciente evolucionó satisfactoriamente en UCI requiriendo uso de transfusiones, albúmina, antibióticos de amplio espectro y antimicóticos. Radiografía contrastada de control de anastomosis esófago yeyunal, una semana más tarde, dejó la duda de pequeña fuga, por lo que se prefirió mantener la alimentación enteral, saliendo de alta a los 15 días.

Durante los siguientes 6 meses la paciente presentó en forma intermitente signos de colección para cardial izquierda que requirió drenaje percutáneo y mantenimiento de la alimentación enteral. Ante persistencia de fiebre se realizó laparoscopia exploratoria, no encontrándose evidencias de otras colecciones. Posteriormente desarrolló absceso intra-abdominal que fue drenado por punción bajo

guía ecográfica. Control gastroscópico mostró finalmente signos de dehiscencia del bastón yeyunal vecino a la anastomosis esófago-yeyunal la cual se encontró algo estenosada y que vaciaba a una cavidad ciega sub-diafragmática (Fig. 5), practicándosele dilatación de la anastomosis, manteniéndola con alimentación enteral durante todo este tiempo. Finalmente después de seis meses se produjo la cicatrización de la fistula y se inició dieta progresiva hasta llegar a dieta completa. Todo este último proceso requirió de varias hospitalizaciones y mantenimiento de alimentación enteral.



Fig. 5

La paciente desarrolló adicción a los analgésicos requiriendo hospitalización para tratamiento psiquiátrico de desintoxicación y manejo de la adicción.

Posteriormente estabilizó su peso en 60 kgs. é ingresó a estudiar Psicología bajo control ambulatorio psiquiátrico. Un año después presentó dolor en el cuello, demostrándose reapertura de fistula del bastón yeyunal que comunica con pequeña zona ciega vecina al diafragma. Se le ha manejado con alimentos líquidos por un mes con desaparición de los síntomas.

CASO III

Paciente de 61 años, sexo masculino, transferido a la Clínica San Felipe con el diagnóstico de sepsis intra-abdominal, secundaria a dehiscencia gástrica post gastrectomía en manga.

Antecedentes.- El paciente tiene historia de obesidad mórbida (Peso: 119 Kgs.) de larga data, con síndrome bipolar en tratamiento psiquiátrico crónico por más de 20 años al que le practicaron operación de banda gástrica dos años antes, la cual fue revisada un año después por mal funcionamiento. En vista de no reducir peso adecuadamente, seis días antes de su transferencia a CSF, fue operado por tercera vez para remover la banda gástrica y realizar gastrectomía en manga. Al momento de remover la banda le drenaron un absceso perigástrico localizado en la parte superior del estómago, vecino a la banda, y acto seguido le realizaron gastrectomía laparoscópica en manga.

A las 48 horas, el paciente presentó cuadro de shock séptico que se controló con tratamiento antibiótico de amplio espectro e inotrópicos, demostrándose un absceso en hipocondrio izquierdo que no mejoró en control tomográfico en el sexto día del post operatorio, razón por la cual el paciente solicitó su traslado.

Al momento del ingreso a la Clínica San Felipe se le encontró en mal estado general, séptico, febril, con distensión abdominal, manifestando que se sentía morir. Nueva tomografía mostró absceso gigante en hipocondrio izquierdo con nivel hidroaéreo dependiente de fistula gástrica alta. Se solicitó drenaje percutáneo, el cual fue eficiente en el primer momento, drenándose material purulento y gran cantidad de gas, con mejoría clínica.

Se decidió colocar un Port-A-Cath para alimentación parenteral y ofrecer manejo conservador de cierre de fistula espontánea. Lamentablemente, 48 horas más tarde, nuevo cuadro febril obligó a reevaluar la situación, indicándose control tomográfico el que reveló nuevo absceso subfrénico izquierdo de gran tamaño (Fig. 6). Control radiológico del estómago mostró amplio pasaje del contraste al absceso subfrénico con pasaje filiforme al duodeno, lo que obligó a plantear el tratamiento quirúrgico.



Fig. 6

Operación: Laparotomía Exploradora + Degastrectomía Total con resección del epiplón en bloque + esófago yeyuno anastomosis T-L con CEEA 28 + sutura de lóbulo izquierdo del hígado en zona del absceso por donde fluía bilis + yeyunostomía a lo Witzel + biopsia hepática + liberación de adherencias + lavado de cavidad + drenaje de J-P x 2 + cultivos de pus y epiplón.

Durante la exploración quirúrgica se documentó múltiples abscesos del abdomen superior con dehiscencia gástrica amplia en la parte alta de la sutura gástrica y escape de bilis por pequeña lesión en el segmento II del hígado, comprometido en uno de los abscesos vecinos.

La evolución post operatoria fue satisfactoria, a pesar de los cultivos positivos a *Staphylococcus Aureus* y *Candida Albicans* de los abscesos intra-abdominales y sub-diafragmáticos resolviéndose la sepsis con tratamiento antibiótico de meropenem y amphotericine B. Control radiológico de anastomosis al séptimo día del post operatorio mostró amplio pasaje esófago yeyunal sin fístula, por lo que se procedió a iniciar

alimentación oral progresiva y suspender la alimentación parenteral. Los drenes de JP fueron retirados en el 14° día del post operatorio, saliendo de alta en buenas condiciones.

Durante todo el post operatorio, el paciente mostró signos evidentes de psicosis maniaca, que requirió manejo psiquiátrico concomitante. Hubo una pérdida de peso de 16 kgs.

El paciente sale de alta en buenas condiciones. 48 horas después reingresa con cuadro séptico, con escalofríos y fiebre de 39.9° habiéndose obtenido la información que había ingerido altas dosis de hipnóticos, los que produjeron un cuadro de neumonía por aspiración, que requirió intubación endotraqueal en UCI, con drogas vasopresoras y antibióticos de amplio espectro que resultaron ser resistentes a la bacteria *Stenotrophomonas Matophilia* cultivada en sangre, sensible únicamente al sulfametoxazol que debimos importar por no haber en el Perú. El Port-A-Cath fue retirado posteriormente por presentar cuadro de bacteremia y finalmente salió de alta en buenas condiciones después de 2 semanas de tratamiento.

Sus controles ambulatorios han sido favorables, aunque come sin control y ha ganado 5 kilos de peso en los últimos dos meses (106 kgs).

DISCUSION:

La obesidad mórbida es una entidad reconocida como un problema social en el mundo moderno, siendo considerada por la Organización Mundial de la Salud, como la epidemia del tercer milenio⁴. Los países desarrollados son los más proclives a tener este tipo de pacientes por excesivo consumo de alimentos, pero también se observa en países en desarrollo como el nuestro. En 1991 una reunión de consenso del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos estableció los criterios básicos para definir las indicaciones quirúrgicas de los pacientes obesos mórbidos en quienes los diferentes tratamientos médico-dietético habían fracasado⁴, estableciendo la obesidad severa con IMC mayor de 40 kg/m² o un índice mayor de 35 kg/m² en pacientes con comorbilidades^{4,5}.

La evaluación pre operatoria exige una evaluación multidisciplinaria conformada por el cirujano tratante, internista, gastroenterólogo, endocrinólogo, nutricionista, neumólogo, cardiólogo, anestesiólogo, cirujano plástico y psicólogo-psiquiatra. Lamentablemente esta última no siempre se indica lo que y está contraindicada en pacientes con trastornos psiquiátricos graves como los pacientes bipolares⁶. En nuestra serie un paciente presentaba cuadro bipolar crónico severo y otra paciente síndrome depresivo. Ambos pacientes debieron ser re-hospitalizados por sobredosis de analgésicos, la primera, y por neumonía por aspiración y shock séptico, el segundo, (uso de hipnóticos sin control en domicilio) y que con el apoyo psiquiátrico pudimos resolver.

Los tipos de operaciones que se han desarrollado a lo largo de los últimos años, son muy variadas y en principio se reducen a dos modalidades: Una de disminución de la capa-

cidad gástrica que limita el ingreso de alimentos (operaciones restrictivas) (Fig. 1) y la otra de reducción de la superficie de absorción intestinal por derivaciones intestinales que acortan el tamaño del intestino funcional absorbivo (procedimientos malabsortivos). También existen combinaciones de ambas. En este sentido, muchas técnicas descritas por cada grupo quirúrgico se han desarrollado demostrando que todavía no existe la técnica ideal, por lo que debe seleccionarse de acuerdo a las características del paciente. Personalmente tuve la oportunidad de iniciarme en cirugía bariátrica en la década del setenta siguiendo las recomendaciones de Kremen, Linner y Varco de *by pass* yeyuno-ileal, técnica que conseguía la reducción del peso efectivo pero con desnutrición severa, cirrosis hepática y alta mortalidad, lo que nos obligó a interrumpir el manejo quirúrgico de los obesos, hasta que se demostró en los últimos años las bondades del *by pass* gástrico y la banda gástrica laparoscópica^{5,6,7,8,9,10}, las que sin embargo no están exentas de complicaciones³.

La gastrectomía en manga, es una operación que nació hace pocos años como parte de un procedimiento bariátrico, y en la actualidad se aplica como una de las técnicas restrictivas en desarrollo. El cirujano reduce el tamaño del estómago, extirpando casi toda la curvatura mayor dejando una capacidad gástrica de 100-150cc. Esto supone una larga sutura del borde gástrico dividido, por donde puede producirse una fuga (dehiscencia) y consiguiente cuadro peritoneal. La frecuencia de esta dehiscencia, dependerá de la experiencia del cirujano y de la técnica quirúrgica utilizada. En este sentido la sutura gástrica usualmente se realiza con grapas (autosutura) y debe ser reforzada con sutura manual, especialmente en los sitios de unión de dos suturas continuas. Idealmente debe reforzarse toda la línea de sutura como lo recomienda Zundel con más de un centenar de operaciones de manga gástrica. Igualmente es recomendable diferirla en presencia de infección de la banda o de infección intra abdominal, ni de otras condiciones que se detecten al momento de la operación como la cirrosis hepática que por cualquier resección gastro intestinal tiene una morbilidad de 30% y 12-13% de mortalidad¹².

Es importante remarcar que al igual que lo señalado por la literatura uno de dos pacientes hipertensos, normalizó la presión arterial dejando de usar antihipertensivos y en los pacientes diabéticos en un caso se normalizó la glicemia dejando de usar la insulina y en el otro se disminuyó el uso de antidiabético oral.

La sepsis intra-abdominal es una de las complicaciones más graves de la cirugía bariátrica y es la causante del 50% de la mortalidad de estas operaciones y generalmente están relacionadas a dehiscencia de sutura gástrica o intestinal, la cual ocurre en el 2 – 8% de los casos, dependiendo de la experiencia del cirujano. Lamentablemente, uno de cada tres pacientes que tienen dehiscencia de sutura fallece como consecuencia de la sepsis intra-abdominal y el grupo que logra salvarse, tiene prolongada hospitalización por diferentes complicaciones que se presentan en el curso de la recuperación, repercutiendo en altos costos hospitalarios y un gran stress tanto del paciente y familiares, como del cirujano y grupo quirúrgico. Cuanto más temprano se diagnostique el problema abdominal, mejor será el pronóstico del paciente.

Dentro de los síntomas que deben alertar al cirujano están la taquicardia sin causa cardíaca, caída de la oxigenación, hipotensión, taquipnea o disnea, arritmias, irritación o confusión, dolor abdominal intenso y no esperar a confirmar la dehiscencia con sustancia de contraste, que sería lo más fácil, sino valerse de los signos y síntomas de alerta antes descritos. Todos estos síntomas presentados en las primeras 24 – 72 horas nos obligan a solicitar de inmediato análisis hematológicos a fin de buscar leucocitosis y desviación izquierda, acidosis, elevación de amilasa, hipoxia, etc., así como cambios tomográficos como derrame pleural izquierdo, líquido libre en cavidad peritoneal o sustancia de contraste extravasada (confirmatoria). Es igualmente importante antes de reintervenir, el descartar tromboembolismo pulmonar que se presenta en 1 – 2% de los casos y que tienen una mortalidad de 30%³.

La degastrectomía es una operación que se utiliza generalmente en pacientes con neoplasia del muñón gástrico, especialmente en pacientes que fueron operados inicialmente por enfermedad ulcerosa (Billroth II), técnica de moda en las décadas del 50 y 60 del siglo pasado la que conlleva el alto riesgo de desarrollar neoplasia gástrica del muñón después de 15 - 20 años. En nuestros pacientes, debió realizarse en circunstancias heroicas, por cuanto en todos ellos hubo dehiscencia de la sutura del borde gástrico con peritonitis generalizada y/o abscesos múltiples, quienes tuvieron inicialmente la oportunidad de tratamiento médico y quirúrgico conservador pero sin lograr el éxito deseado.

Debo confesar que fuimos muy cautelosos en la decisión de proceder con la gastrectomía total, en medio de peritonitis generalizada con contaminación bacteriana de gérmenes multi resistentes y con presencia de hongos, pero no había otra alternativa que la resección del remanente gástrico, por el pequeño tamaño del tubo gástrico comprometido aún más por la peritonitis y en un paciente ya había fracasado la sutura con parche de epiplon en dos oportunidades. Un detalle técnico que nos facilitó la resección fue dividir el duodeno inmediatamente después del piloro y traccionarlo hacia arriba junto con el epiplon, el cual lo disecamos al igual que en neoplasia gástrica separando la hoja anterior de la posterior del mesocolon transversal, retirando la bursa y llegando con facilidad hasta el hiato. La segunda preocupación era la reconstrucción primaria o diferida para una posterior intervención. Ya en el quirófano, encontrándose estable el paciente nos inclinamos por la reconstrucción inmediata, valorando el riesgo de la fistula esófago yeyunal en presencia de gran contaminación, actitud quirúrgica que puede ser debatible, pero que en ese momento la consideramos viable. La frecuencia de fistula esófago-yeyunal post gastrectomía total oscila entre 1.5% -7% en cirugía electiva multiplicándose 2 y 3 veces en casos de sepsis intra-abdominal³ con mortalidad que oscila entre 20 y 50%. Ninguno de nuestros pacientes falleció como consecuencia de la degastrectomía total.

Hay que tener en cuenta que la curva de aprendizaje en cirugía bariátrica es difícil y sobretodo prolongada, ya que siendo técnicas nuevas los cirujanos no hemos sido capacitados en los programas de residentado. La mayoría de las técnicas quirúrgicas son complejas, y requieren mucha capacitación en cirugía laparoscópica de avanzada. Este adies-

tramiento se adquiere en cursos cortos y la experiencia se hace con los mismos pacientes, lo que motiva que el índice de complicaciones y mortalidad sea elevado en los primeros casos. Cuando se revisan las experiencias americanas se observa que la morbi-mortalidad inicial fue alta^{1,2,9} y en los últimos años se ha logrado reducir significativamente a niveles por debajo del 2%. Es importante incluir estos procedimientos en los programas de residentado para la formación de los médicos residentes.

Finalmente recomendamos a los cirujanos que se inician en cirugía bariátrica, ser muy constantes en su preparación teórico-práctica continua para realizar una evaluación adecuada de los pacientes obesos, y definir con precisión la

indicación quirúrgica en aquellos pacientes obesos mórbidos, u obesos con co-morbilidad y en los que hay que estar muy alertas en el post-operatorio inmediato para reconocer complicaciones quirúrgicas graves como la dehiscencia de sutura en cualquiera de las anastomosis o muñones que usualmente se manifiestan con síntomas de sepsis y no necesariamente de abdomen agudo, y que en los casos de manga gástrica dehisciente se tenga en consideración la resección del remanente gástrico.

*Dr. Eduardo Barboza, FACS
Clínica San Felipe
Gregorio Escobedo 676, Lima 11
e-mail: ebarbozab@terra.com.pe*

BIBLIOGRAFÍA

- MASON E E., ITO C.: Gastric by pass in obesity. *Surg.Clin.N Am* 1967; 47:1345-1351.
- GRIFFEN WO., YOUNG VL, STEVENSON CC.: A prospective comparison of gastric and jejunoileal by pass procedures for morbid obesity. *An.Surg.* 1977; 186 500-509.
- COWAN JR G: Diagnosing complications in laparoscopic bariatric surgery de William B. Inabnet, Eric J. Demaria y Sayeed Ikramuddin. Lippincott Williams Wilkins 2005: 197-212.
- GASTROINTESTINAL SURGERY FOR SEVERE OBESITY: National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. *Am.J.Clin.Nutr.* 1992;33:615S-619S
- Recommendations for facilities performing bariatric surgery (ST-34) Bulletin of the Am.Coll.Surgeons 2000: 85(9). American College of Surgeons July 4,2003; http://www.facs.org/fellows_info/statement/sr-34.html.
- VAN HOUT G., VAN OUDHENS DEN: Psychological Profile of the morbid obese. *Obesity Surgery* 2004.14;568-579
- GAGNER M, PATTERSON E: Laparoscopic biliopancreatic diversion with duodenal switch. *Digestive Surgery* 2000; 17:547-566.
- SCOPINARO N, GIANETTA E, CIVALLERI D, et al: Two years of clinical experience with biliopancreatic bypass for obesity. *Am J Clin Nutr* 1980; 33:506-514.
- SAGES/ASBS guidelines for laparoscopic and conventional surgical treatment of morbid obesity. American Society for Bariatric Surgery. May 2000. June 26, 2003
- GAGNER M, INABNET W, POMP A: Laparoscopic sleeve gastrectomy with second stage biliopancreatic diversion and duodenal switch in the superobese. *Laparoscopic Bariatric Surgery*. Lippincott Williams & Wilkins 2005; 143-150.
- ZUNDEL N. Experiencias en manga gástrica. Comunicación Personal. V Congreso de la Soc. Per. Círg Endosc. Nov. 15 2006
- PINSON C. W., WISE P: Surgery in the patient with cirrhosis: what are the risks and how to approach them? Post Grade course 2001. Complications of cirrhosis. American Association for the Study of liver diseases. Nov. 2001 Dallas