

CASO CLÍNICO

Manejo exitoso de perforación gástrica secundaria a plicatura de curvatura mayor laparoscópica con gastrostomía endoscópica percutánea con avance yeyunal y sellador de fibrina



Arturo A. Sánchez-Valle*, Alejandro Cruz-Zarate y Gabriela Rodríguez-Ruiz

Servicio de Cirugía General y Endoscopia Gastrointestinal, Medio Privado, Ciudad de México, México

Recibido el 20 de abril de 2016; aceptado el 29 de junio de 2016

Disponible en Internet el 3 de agosto de 2016

PALABRAS CLAVE

Plicatura gástrica;
Perforación gástrica;
Gastrostomía
endoscópica
percutánea;
Sellador de fibrina

KEYWORDS

Greater curvature
plication;
Gastric perforation;
Percutaneous
endoscopic
gastrostomy;
Fibrin sealant

Resumen Una de las complicaciones más frecuentes de los procedimientos bariátricos es la fuga gástrica, ya sea debido a dehiscencia de línea de grapado o por perforación gástrica. Estas varían dependiendo del tipo de cirugía, reportándose del 2.05-5.2% en bypass gástrico en Y de Roux, el 5.1% en manga gástrica y el 1.4% en plicatura gástrica. Actualmente, se recomienda manejo de mínima invasión con lo cual se disminuye morbilidad. Presentamos un caso clínico de perforación secundario a plicatura gástrica con exitoso manejo endoscópico.

© 2016 Publicado por Masson Doyma México S.A. en nombre de ASOCIACIÓN MEXICANA DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL A.C. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Successful management of gastric perforation due to laparoscopic greater curvature plication with percutaneous endoscopic gastrostomy with jejunal extension and fibrin sealant

Abstract Gastric leak, caused by staple line disruption or gastric perforation, is one of the most dreaded complications following bariatric surgery. The reported incidence of leakage varies depending on type of surgery, from 2.05% to 5.20% for Roux-en-Y gastric bypass, 5.1% in sleeve gastrectomy, and 1.4% in gastric plication. Minimally invasive management is currently

* Autor para correspondencia: Camino a Santa Teresa n.º 1055, int 670. Col. Héroes de Padierna, Del. Magdalena Contreras, CP. 10700, Ciudad de México, México. Teléfono: +52 55 5652 5454.

Correo electrónico: arturoalonsanchez@gmail.com (A.A. Sánchez-Valle).

recommended to minimise morbidity. The case is presented of a patient who suffered a gastric perforation following a laparoscopic greater curvature plication, with successful endoscopic management.

© 2016 Published by Masson Doyma México S.A. on behalf of ASOCIACIÓN MEXICANA DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL A.C. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Una de las complicaciones con mayor trascendencia en procedimientos bariátricos es la fuga gástrica, ya sea debido a dehiscencia de línea de grapado o por perforación gástrica. Estas varían dependiendo del tipo de cirugía, reportándose un mínimo porcentaje en la plicatura gástrica. Se presenta un caso de perforación gástrica secundario a plicatura gástrica con manejo endoscópico con sonda de gastrostomía percutánea con avance yeyunal, así como aplicación de sellador de fibrina.

Reporte de un caso

Paciente masculino de 51 años de edad con obesidad grado II quien fue operado de plicatura gástrica laparoscópica sin incidentes aparentes. Dentro de las primeras 36 h posquirúrgicas presentó fiebre y dolor abdominal, se realizó tomografía de abdomen donde se evidenció líquido libre en cavidad abdominal, por lo que se intervino mediante laparoscopia diagnóstica donde se observó fuga de uno de los puntos de la plicatura; se realizó cierre primario. En el posquirúrgico, a las 48 h continuó con evolución tórpida, siendo trasladado a la unidad de cuidados intensivos; se reintervino por medio de laparotomía, realizando nuevamente cierre primario y colocación de drenaje; a las 72 h posteriores a la última intervención y por estado séptico del paciente que no mejora, se realiza estudio con medio hidrosoluble, demostrando salida de medio de contraste por drenaje, así como colecciones intraabdominales y en herida. Se nos solicitó interconsulta para manejo de paciente complicado, se realizó endoscopia digestiva alta, en la cual se observó material de sutura en cuerda de violín en curvatura mayor con apertura de la mucosa, el cual se retiró con tijera endoscópica, evidenciado perforación de aproximadamente 20 mm (fig. 1). Se realizó por nuestra parte nueva laparotomía donde se encontró abdomen congelado y perforación gástrica en curvatura mayor en cara posterior que se alcanza a palpar y a observar con apoyo endoscópico, a través de la cual se introdujo guía hidrofílica de 0.035 mm y se colocó sonda de gastrostomía endoscópica percutánea 24Fr con avance yeyunal (para alimentación enteral y derivación de la vía gástrica para descompresión), siendo tratada la perforación como fístula gástrica de trayecto largo controlada (figs. 2 y 3), con cierre abdominal parcial (piel) por retracción de aponeurosis (hernia postincisional), más traqueostomía por intubación prolongada. Continuó con antibioticoterapia intravenosa; al segundo día,

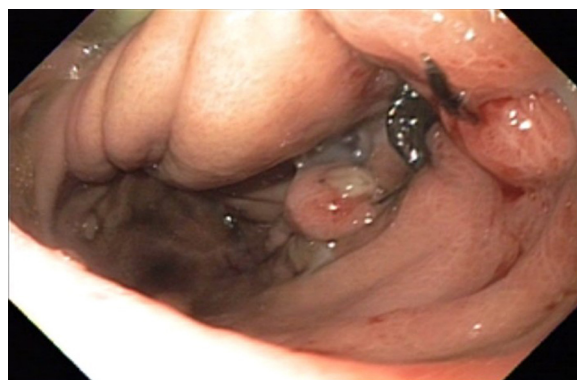


Figura 1 Puntos de sutura en cara posterior de curvatura mayor de estómago.



Figura 2 Sonda de gastrostomía endoscópica percutánea en perforación gástrica.

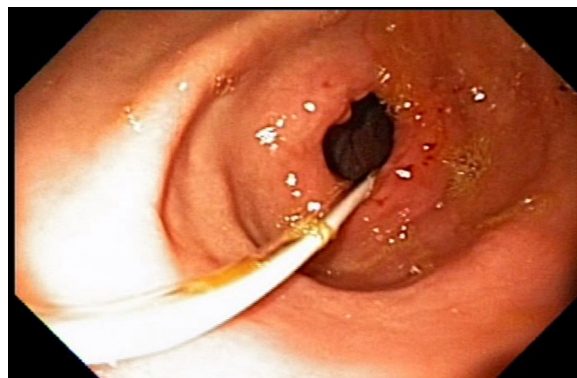


Figura 3 Avance yeyunal.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3287477>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3287477>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)