



Original

Endoscopia urgente por hemorragia digestiva tras cirugía bariátrica. Algoritmo terapéutico



María Luisa García-García^{a,*}, Juan Gervasio Martín-Lorenzo^a,
José Antonio Torralba-Martínez^a, Ramón Lirón-Ruiz^a, Joana Miguel Perelló^a,
Benito Flores Pastor^a, Enrique Pérez Cuadrado^b y José Luis Aguayo Albasini^{a,c}

^a Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario J. M. Morales Meseguer, Murcia, España

^b Sección de Gastroenterología y Endoscopia, Hospital Universitario J. M. Morales Meseguer, Murcia, España

^c Departamento de Cirugía, Campus de Excelencia Internacional «Campus Mare Nostrum», Universidad de Murcia, Murcia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de enero de 2014

Aceptado el 7 de mayo de 2014

On-line el 25 de octubre de 2014

Palabras clave:

Obesidad mórbida

Hemorragia gastrointestinal

Cirugía bariátrica

Bypass gástrico laparoscópico

Complicaciones postoperatorias

Tratamiento

RESUMEN

Objetivos: La hemorragia digestiva alta (HDA) es una potencial complicación tras la cirugía bariátrica, con una incidencia entre el 2 y el 4%. El objetivo de este estudio es presentar nuestra incidencia de HDA tras cirugía bariátrica, su forma de presentación y su manejo mediante un algoritmo terapéutico.

Pacientes y método: Estudio observacional prospectivo de una serie de 300 cirugías bariátricas por laparoscopia de manera consecutiva, desde enero del 2004 hasta diciembre del 2012. Se recogen datos demográficos, forma de presentación, diagnóstico y tratamiento de la HDA. En 280 pacientes se practicó bypass gástrico según la técnica de Wittgrove modificada, con anastomosis circular en 265 y anastomosis longitudinal en 15. En 20 pacientes se practicó gastrectomía vertical.

Resultados: Aparecieron 27 casos (9%) de HDA tratados con: cirugía en un caso por inestabilidad hemodinámica; con gastroscopia diagnóstica-terapéutica en 13 casos (en 2 casos, 2 veces); en 10 de ellos, apareció de forma precoz (1-6 días) cuyo origen fue la línea de sutura de la anastomosis gastroyeyunal (GY) y en 3 de forma tardía, a los 15-20 días, siendo su origen una úlcera en la boca anastomótica. En el resto (13 pacientes), el manejo fue de forma conservadora.

Conclusiones: Aunque el manejo conservador de la HDA resuelve la mayoría de los casos, la clínica y la forma de presentación deben alertarnos, por lo que, en casos graves de sangrado, se requerirá de una endoscopia urgente. Es importante un equipo multidisciplinar y una comunicación estrecha entre cirujanos y endoscopistas para el manejo de esta seria complicación.

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mlgrgr@gmail.com, miliki2@hotmail.com (M.L. García-García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.05.002>

0009-739X/© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Emergency endoscopy for gastrointestinal bleeding after bariatric surgery. Therapeutic algorithm

A B S T R A C T

Keywords:

Morbid obesity
Gastrointestinal bleeding
Bariatric surgery
Laparoscopic gastric bypass
Complications
Treatment

Objective: Gastrointestinal bleeding (GB) is a potential complication after bariatric surgery and its frequency is around 2-4% according to the literature. The aim of this study is to present our experience with GB after bariatric surgery, its presentation and possible treatment options by means of an algorithm.

Patients and method: From January 2004 to December 2012, we performed 300 consecutive laparoscopic bariatric surgeries. A total of 280 patients underwent a laparoscopic Roux en Y gastric bypass with creation of a gastrojejunal anastomosis using a circular stapler type CEEA No 21 in 265 patients and with a linear stapler in 15 patients. Demographics, clinical presentation, diagnostic evaluation and treatment were reviewed. A total of 20 patients underwent a sleeve gastrectomy.

Results: Twenty-seven cases (9%) developed GB. Diagnosis and therapeutic endoscopy was required in 13 patients. The onset of bleeding occurred between the 1st-6th postop days in 10 patients, and the origin was at the gastrojejunostomy staple-lines, and 3 patients had bleeding from an anastomotic ulcer 15-20 days after surgery. All other patients were managed non-operatively.

Conclusion: Conservative management of gastrointestinal bleeding is effective in most cases, but endoscopy with therapeutic intent should be considered in patients with severe or recurrent bleeding. Multidisciplinary postoperative follow-up is very important for early detention and treatment of this complication.

© 2014 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La obesidad se ha convertido en la epidemia del siglo XXI, por lo que el número de procedimientos quirúrgicos ha crecido exponencialmente. El bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico se ha convertido en la técnica quirúrgica *gold estándar* para el tratamiento de la obesidad mórbida¹. Según los criterios de Fobi-Baltasar que definen un buen tratamiento de la obesidad, existe acuerdo en que la técnica debe ser: segura (mortalidad < 1% y morbilidad < 10%) reproducible, ofrecer una buena calidad de vida, requerir pocas revisiones (<2%), tener mínimos efectos secundarios y ser fácilmente reversible²⁻⁴.

La hemorragia digestiva alta precoz (definida como aquella que ocurre antes de las 2 semanas tras la cirugía bariátrica) presenta una incidencia variable, entre 0,6 y 4% y es una de las complicaciones más frecuentes asociadas al bypass gástrico en comparación con otras técnicas como *sleeve* o la banda gástrica y generalmente su origen se encuentra en la anastomosis gastroyeyunal^{1,5}.

No es fácil precisar la causa y evolución del sangrado, por lo que en determinados casos se requiere de una endoscopia que permita localizar y tratar el origen del sangrado, siendo su uso, en el postoperatorio inmediato, controvertido y complejo por el riesgo de dehiscencia o perforación de la anastomosis, con unos estudios publicados muy limitados y dispares⁵.

El objetivo de este estudio es presentar nuestra incidencia de hemorragia digestiva alta postoperatoria, su forma de presentación y su manejo en 300 pacientes tratados mediante cirugía bariátrica laparoscópica.

Material y métodos

En el periodo comprendido desde enero del 2004 hasta diciembre del 2012, 300 pacientes fueron intervenidos mediante cirugía bariátrica. Se distribuyeron en 123 varones y 177 mujeres con una edad media de 49 años (rango 25-60). Las indicaciones fueron IMC igual o superior a 40 kg/m², o IMC de 35 si se asociaban a comorbilidades mayores, tras una valoración por endocrinología, psiquiatría y ginecología. Algunos con IMC > 60 y enfermedad severa se remitieron para colocación de balón intragástrico transitorio. Tras la valoración del riesgo quirúrgico por el anestesista, fueron intervenidos por el mismo grupo de cirujanos dedicados a la cirugía bariátrica.

En cuanto a la técnica quirúrgica, en 280 pacientes, se realizó bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico según la técnica de Wittgrove modificada. Para la confección del reservorio gástrico, se realizó una sección horizontal y 2 o 3 verticales con grapadora de carga azul y la sección del asa yeyunal se seccionó con grapadora con carga vascular. En 265 pacientes se practicó una anastomosis gastroyeyunal circular terminolateral con material de autosutura tipo CEEA n.º 21 y en 15 pacientes fue una anastomosis terminolateral longitudinal mediante sutura mecánica lineal de 45 mm de carga azul (grapas de 3,5 mm) y se cerró con sutura manual sobre una sonda calibradora. Se revisó la anastomosis y, tras comprobar la estanqueidad anastomótica, se dieron 2 o 3 puntos tipo Hoffmeister a cada lado y en el centro de la anastomosis. La anastomosis del pie de asa se realizó laterolateral con endograpadora de 45 mm carga vascular (grapas de 2,8 mm) y posteriormente se cerró el orificio de forma manual.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4252185>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4252185>

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