



10^è
CONGRÉS
CATALÀ DE
CIRURGIA

www.sccirurgia.org

TAULA RODONA III:
DISCUSSIÓ DE CASOS CLÍNICS
OBESITAT MÒRBIDA

S. Delgado.

Cirurgía Gastrointestinal. UFO.ICMDM.

Hospital Clínic. Barcelona

Cas Clínic

Discussors:

Dra. Carme Balagué Ponz

Dr. Jordi Pujol Gebelli

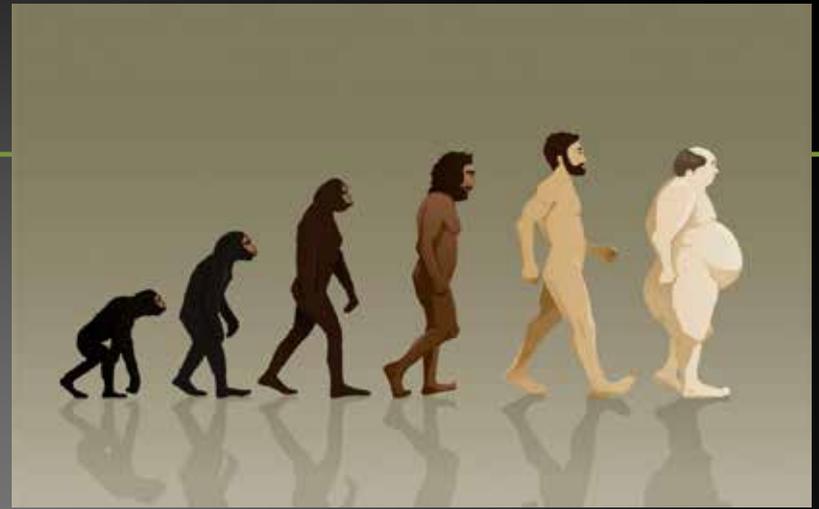
Dr. Daniel del Castillo Déjardin

Hospital de St. Pau

H. Universitari Bellvitge

H. Universitari St. Joan Reus

Caso Clínico



-Paciente mujer de 49 años.

-AP: HTA

DM

Dislipemia

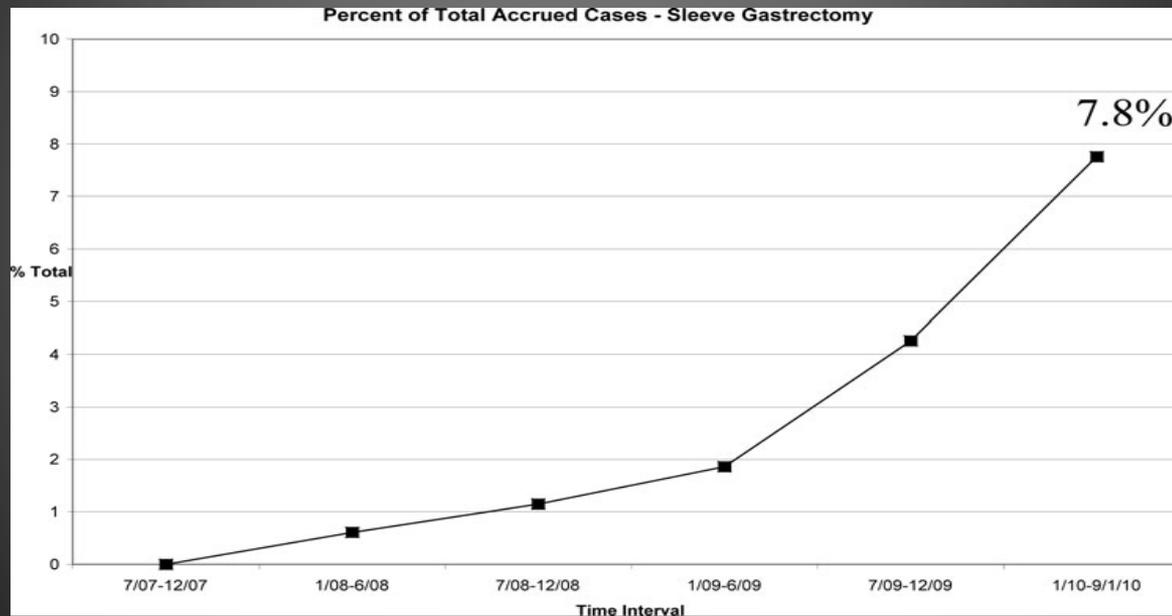
Hipotiroidismo

Obesidad mórbida IMC 47 Kg/m²

-Intervenida de **Gastrectomía Vertical**.

-Dehiscencia línea de grapado cerca unión E-G dx en el postoperatorio inmediato por cuadro de fiebre y taquicardia

¿Es la Gastrectomía Vertical la técnica de elección en cirugía bariátrica?



¿Han modificado la técnica de la Gastrectomía vertical para disminuir la incidencia de dehiscencia de la línea de grapado?

¿Dónde finalizar iniciar la sección gástrica?

¿Es necesario reforzar la línea de sutura?

¿Dónde iniciar la sección gástrica?

¿Cuál debe ser el calibre de la sonda?



Caso Clínico

-Paciente mujer de 49 años.

-AP: HTA

D

¿Cual es el manejo más indicado en la dehiscencia postoperatoria de la línea de sutura tras gastrectomía vertical?

1. *Drenaje percutáneo de la colección*

2. *Cirugía inmediata para lavado y drenaje*

3. *Colocación de prótesis endoscópica*

4. *Cirugía inmediata para resolución definitiva (gastrectomía, sutura,...)*

5. *El tratamiento va a depender del estado clínico del paciente y de la localización de la fuga*

-Inte

-Deh

inmedi

ratorio

Caso Clínico

-Paciente mujer de 49 años.

-AP: HTA

D

¿Cual es el manejo más indicado en la dehiscencia postoperatoria de la línea de sutura tras gastrectomía vertical?

Tratado de manera conservadora con punción de la colección

mito

4. Cirugía inmediata para resolución definitiva (gastrectomía, sutura,...)

-Deh

5. El tratamiento va a depender del estado clínico del paciente y de la localización de la fuga

inmedi

ratorio

Caso Clínico

- Evolución postoperatoria favorable siendo dada de alta a los 35 días
- Pérdida de peso correcta con tolerancia a dieta pastosa
- A los 2 años de la cirugía acude a UCIAS por fiebre y dolor torácico
- TAC abdominal que evidencia fístula gastro-pleural con empiema.

¿Cuál es la actitud más adecuada?

Trasladada al Hospital 3º nivel para colocación de prótesis endoscópica

Caso Clínico

-Evolución postoperatoria favorable siendo dada de alta a los 35 días

-Pérdida de peso correcta con tolerancia a dieta pastosa

-A los 2 años de la cirugía se desarrolla HCA con fistula crónica

-TAC

¿Cuál es el tto de elección en la fístula crónica tras dehiscencia de la línea de grapas en una gastrectomía vertical?

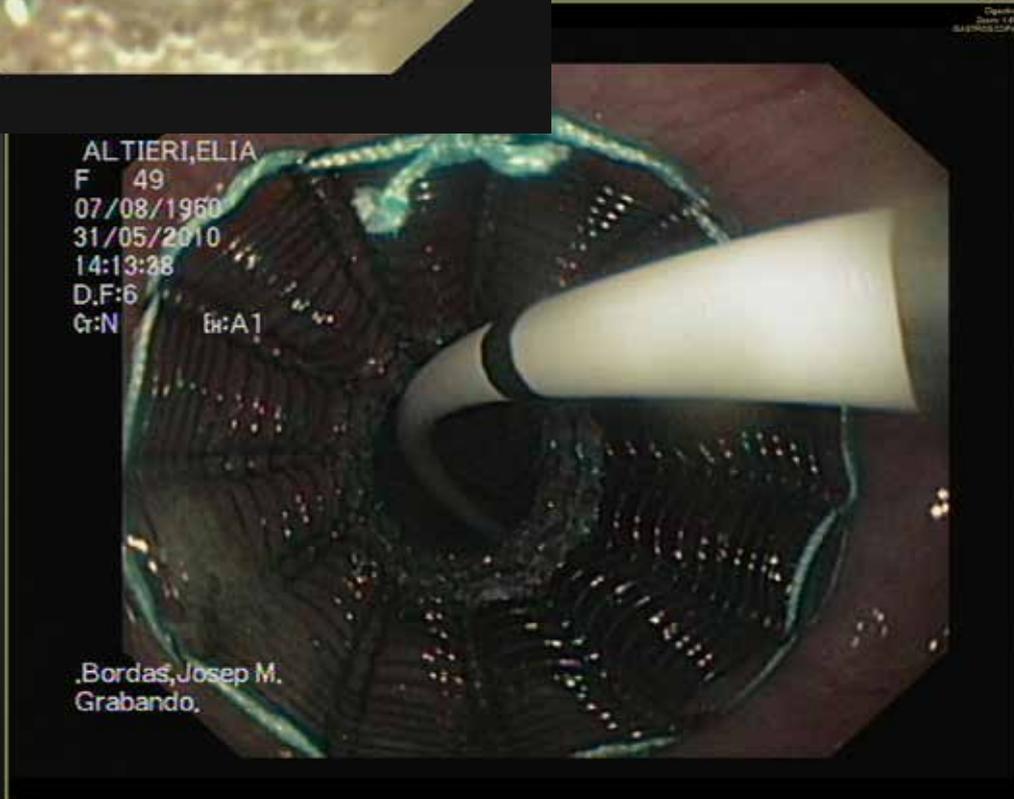
1.El tto de elección es la cirugía para drenaje de colecciones

2.Drenaje percutáneo de colecciones y colocación de sonda alimentación

3.La colocación de una prótesis endoscópica

4.El mejor tto de una fístula crónica debe ser agresivo los tratamientos

conservadores son poco efectivos



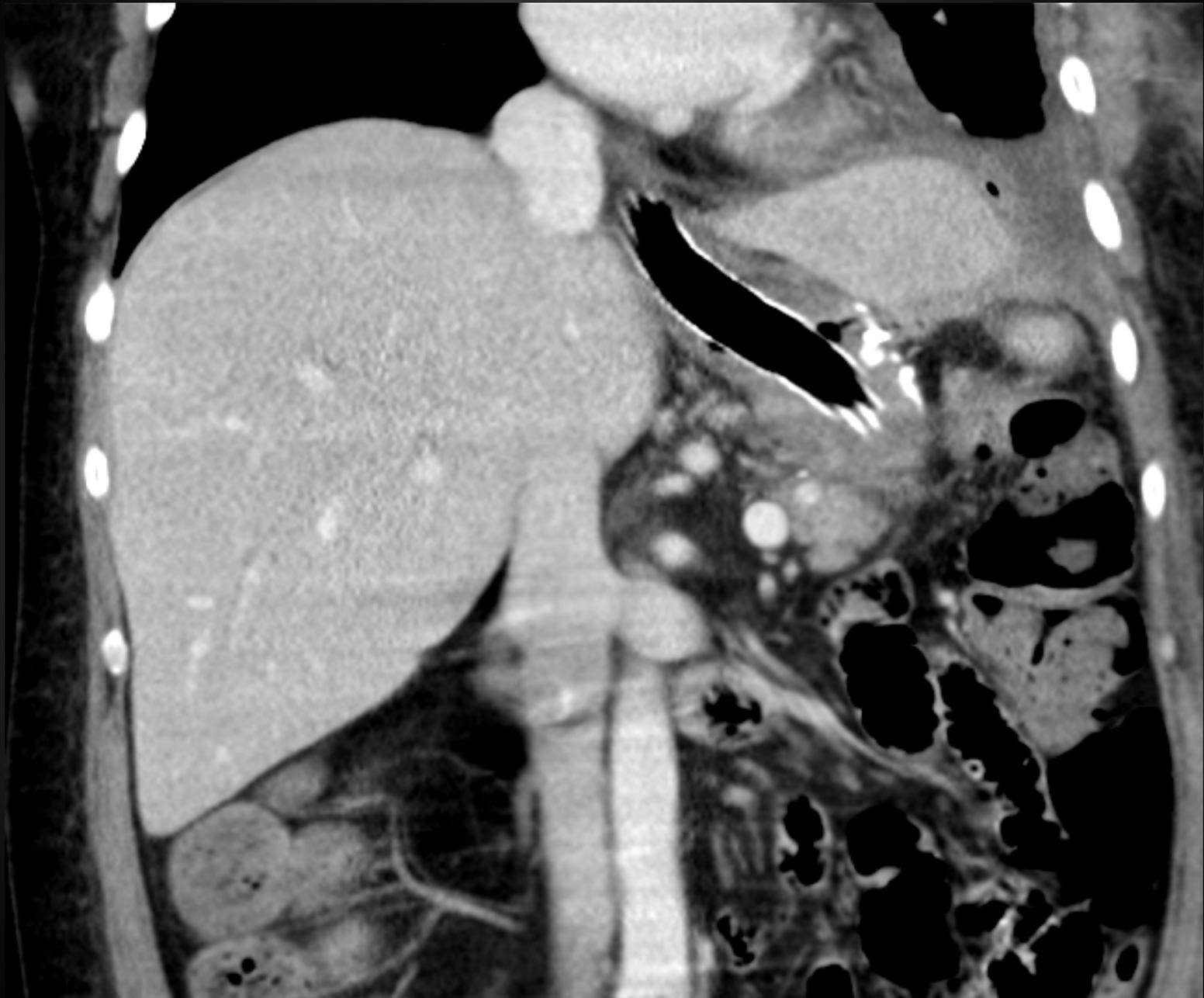




Table 5 Pooled analysis of 643 patients with benign esophageal leaks, perforations and fistulae treated with self-expandable stent placement

Etiology	
Postsurgical leaks	415 (64.5)
Iatrogenic perforations	126 (19.6)
Boerhaave's syndrome	50 (7.8)
Fistulae	24 (3.7)
Others/not specified	28 (4.4)
Stent type of 852 stents used in 573 patients¹	
FC SEMS	349 (41.0)
PC SEMS	321 (37.7)
SEPS	60 (7.0)
Stent type unknown	122 (14.3)
Technical success	
Overall	851 (99.9)
FC SEMS	349 (100)
PC SEMS	320 (99.7)
SEPS	60 (100)
Stent type unknown	122 (100)
No. of stents per patient	
Single stent placement	357 (55.5)
Multiple stents inserted	131 (20.4)
Unknown	155 (24.1)
Clinical success	
Overall (<i>n</i> = 625)	480 (76.8)
According to etiology (<i>n</i> = 358)	
Postsurgical leaks (<i>n</i> = 247)	201 (81.4)
Perforations* (<i>n</i> = 80)	74 (86.0)
Fistulae (<i>n</i> = 17)	11 (64.7)
Others/not specified (<i>n</i> = 8)	6 (75.0)



1. Cuando indican la colocación de prótesis endoscópica
2. Tipo de prótesis
Stent metálico recubierto
Stent de plástico recubierto
Stent biodegradable
3. Tasa de éxito

Caso Clínico

Evolución posterior favorable, reinicio de dieta oral triturada con buena tolerancia

Alta hospitalaria al 40 día postoperatorio

Rein
end

¿Cuándo debe realizarse la retirada de la prótesis endoscópica?

- 1. En mejor la colocación de prótesis reabsorbibles para no tener que retirarlas*
- 2. A la semana de la colocación*
- 3. Entre 4 y 6 semanas después de la colocación*
- 4. A los 3 meses de la colocación para asegurar la epitelización del defecto*

Caso Clínico

Evolución posterior favorable, reinicio de dieta oral triturada con buena tolerancia

Alta hospitalaria el 4º día postoperatorio

Rein
end

¿Cuándo debe realizarse la retirada de la prótesis endoscópica?

1. En mejor la colocación de prótesis reabsorbibles para no tener que retirarlas

Retirada a las 5 semanas de la colocación

4. A los 3 meses de la colocación para asegurar la epitelización del defecto

Caso Clínico

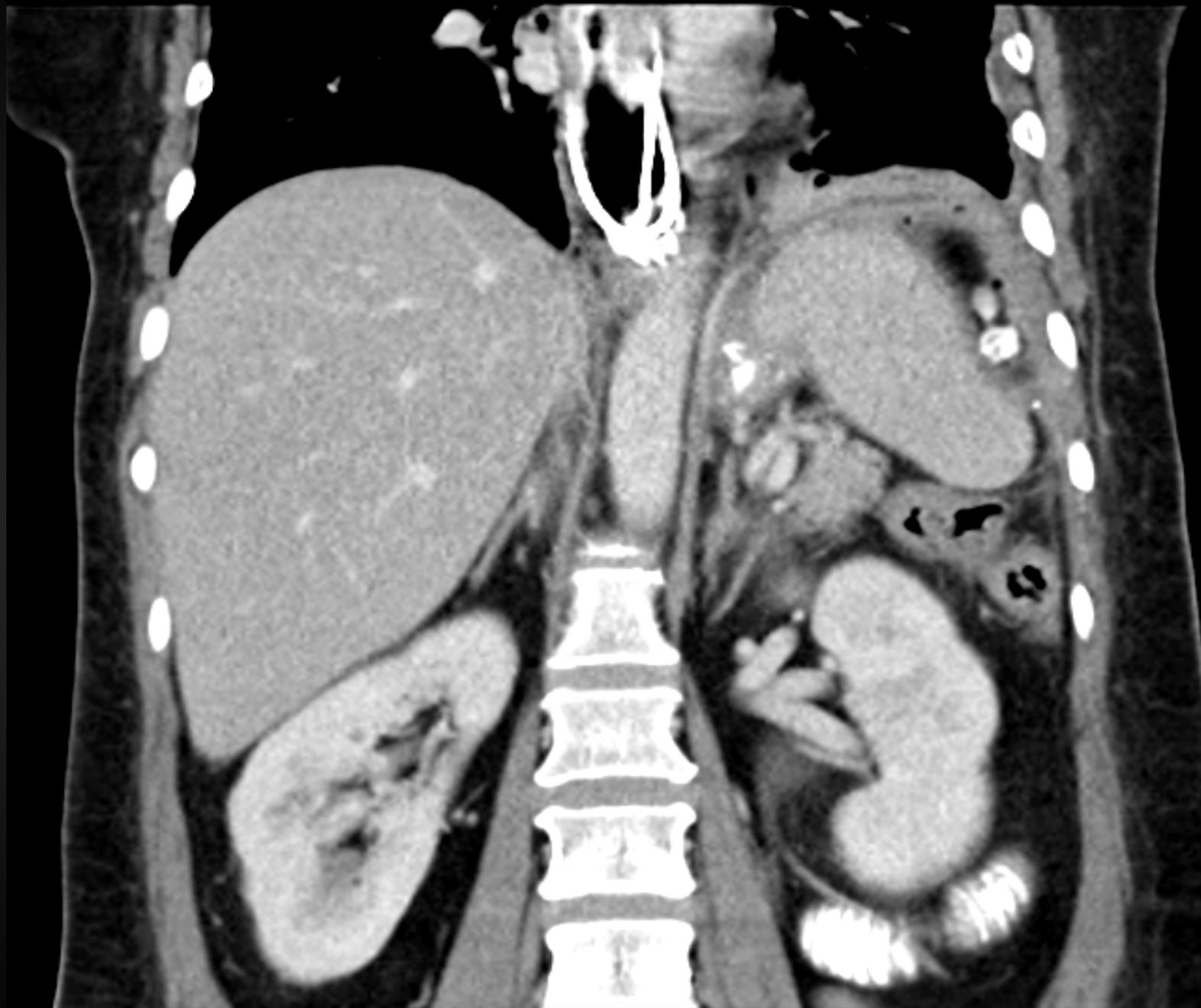
Complicación endoscópica:



- la pinza se engancha a la prótesis
- imposible retirada endoscópica.

Caso Clínico

- La paciente se traslada a la sala de hospitalización
- Asintomática, sólo refiere molestias en región retroesternal e epigástrica, no signos de peritonismo
- Analítica: no leucocitosis, ni otros signos de sepsis
- Exploración física normal





Caso Clínico

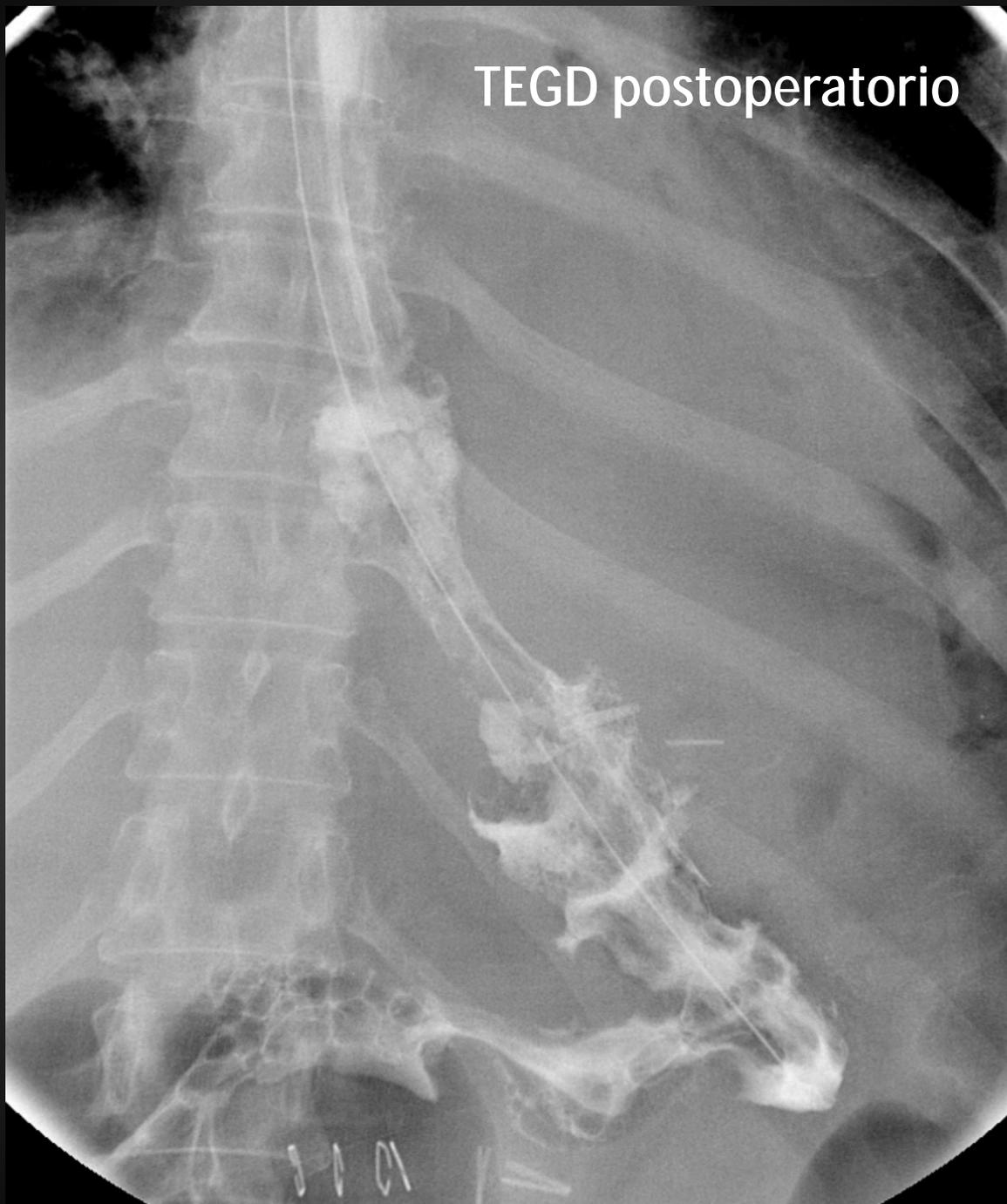
- La paciente se traslada a la sala de hospitalización
- Asintomática, sólo refiere molestias en región retroesternal e epigástrica, no signos de peritonismo
- Analítica: normal
- Exploración física normal

¿Cuál es la actitud más adecuada?

Se decide intervención quirúrgica

GASTROTOMÍA Y RETIRADA DE LA PRÓTESIS

TEGD postoperatorio



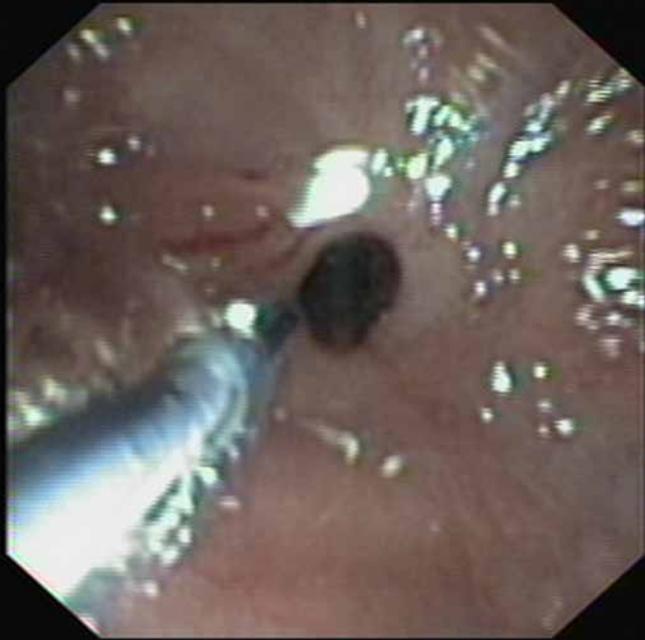
Caso Clínico

- Evolución postoperatoria favorable
- Inicio dieta oral a los 3 días con buena tolerancia
- Alta hospitalaria a los 8 días
- Consulta en UCIAS a los 54 días por disfagia progresiva e intolerancia a ingesta oral de 48 h de evolución



-**TEGD** evidencia ESTENOSIS FILIFORME DEL TUBULAR GASTRICO que condiciona DILATACIÓN ESOFÁGICA PROXIMAL



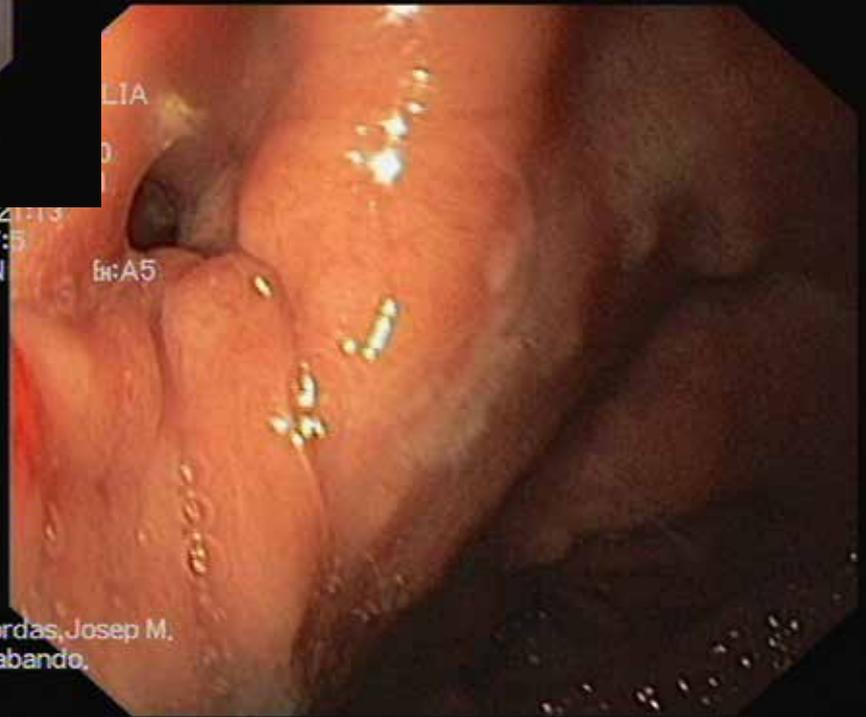


11:21:13
D.F:5
C:N

Et:A5

Bordas, Josep M.
Grabando.

Expansor
Bios 1.18
GASTROSCOPIA



Caso Clínico

*TTO CONSERVADOR
ENDOSCOPIA*



*TTO AGRESIVO
CIRUGIA*



Se decide

DILATACION ENDOSCOPICA

de la estenosis

·4 sesiones de dilatación endoscópica

Ingreso en Box 24 horas

Tras la cuarta dilatación, la paciente
presenta dolor retroesternal y fiebre



Caso Clínico

*TTO CONSERVADOR
ENDOSCOPIA*



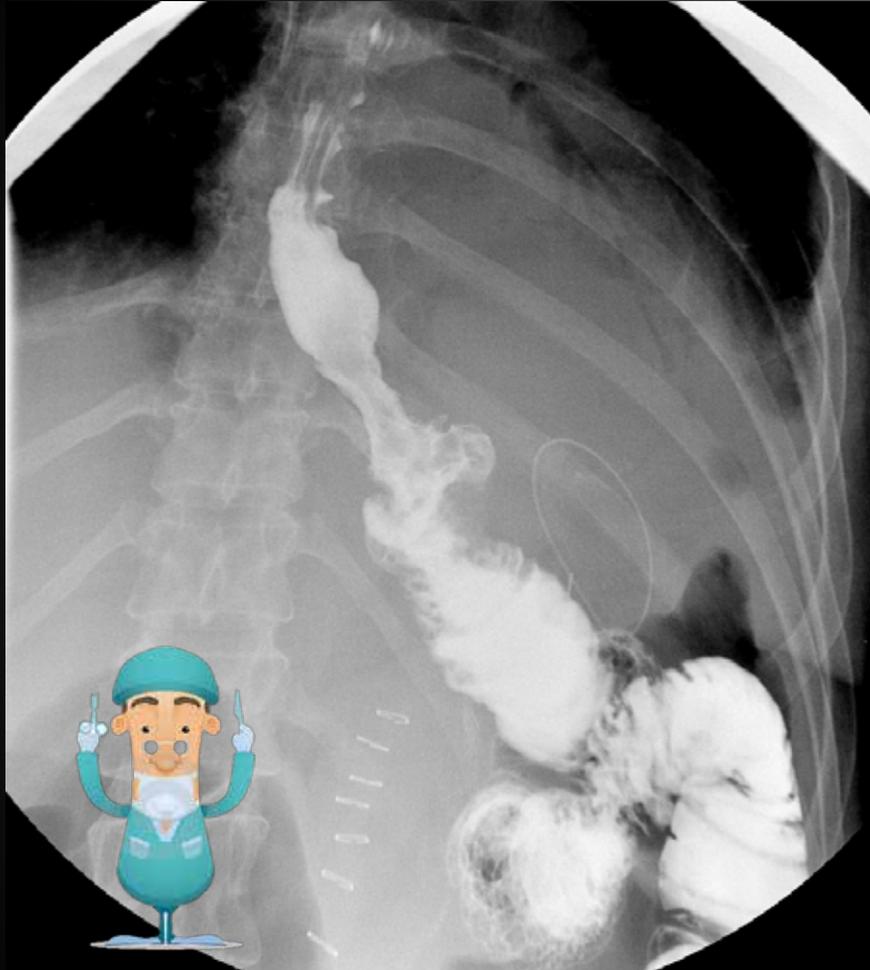
*TTO AGRESIVO
CIRUGIA*



Se decide

GASTRECTOMIA TOTAL

con anastomosis esófago-yeyunal en Y de Roux



¿Cuál deber ser la longitud del asa alimentaria?

-como en BPG

-como en gastrectomía

Caso Clínico

-Evolución postoperatoria favorable

-Inicio dieta oral a los 5 días con buena tolerancia

-Alta hospitalaria a los 8 días

-Control en CCEE a los 2 años con buena tolerancia, pérdida de peso

correcta (%PEE 85%) y resolución de comorbidades

Caso Clínico

¿Cuál es el tto de elección en la fístula crónica tras dehiscencia de la línea de grapas en una gastrectomía vertical?

1.El tto de elección es la cirugía para drenaje de colecciones

2.Drenaje percutáneo de colecciones y colocación de sonda alimentación

3.La colocación de una prótesis endoscópica

4.El mejor tto de una fístula crónica debe ser agresivo los tratamientos conservadores son poco efectivos

The End

Gràcies per la seva atenció