



**10<sup>è</sup>**  
**CONGRÉS**  
**CATALÀ DE**  
**CIRURGIA**

[www.sccirurgia.org](http://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

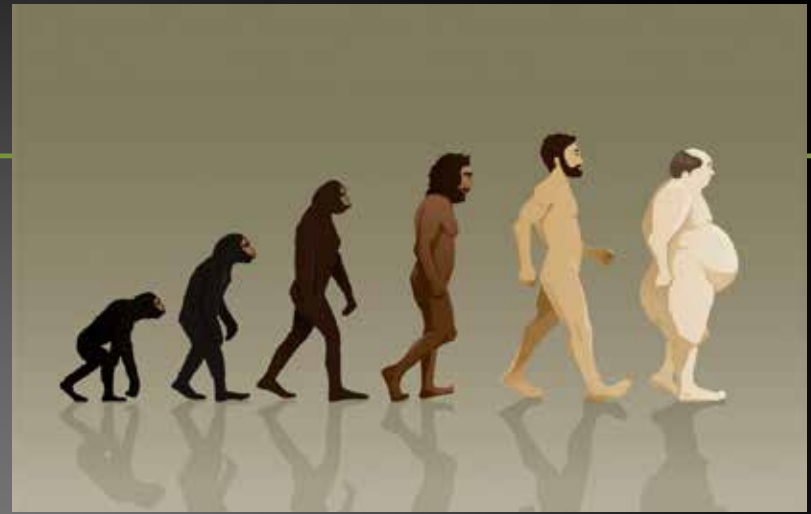
Dislipemia

Hipotiroidismo

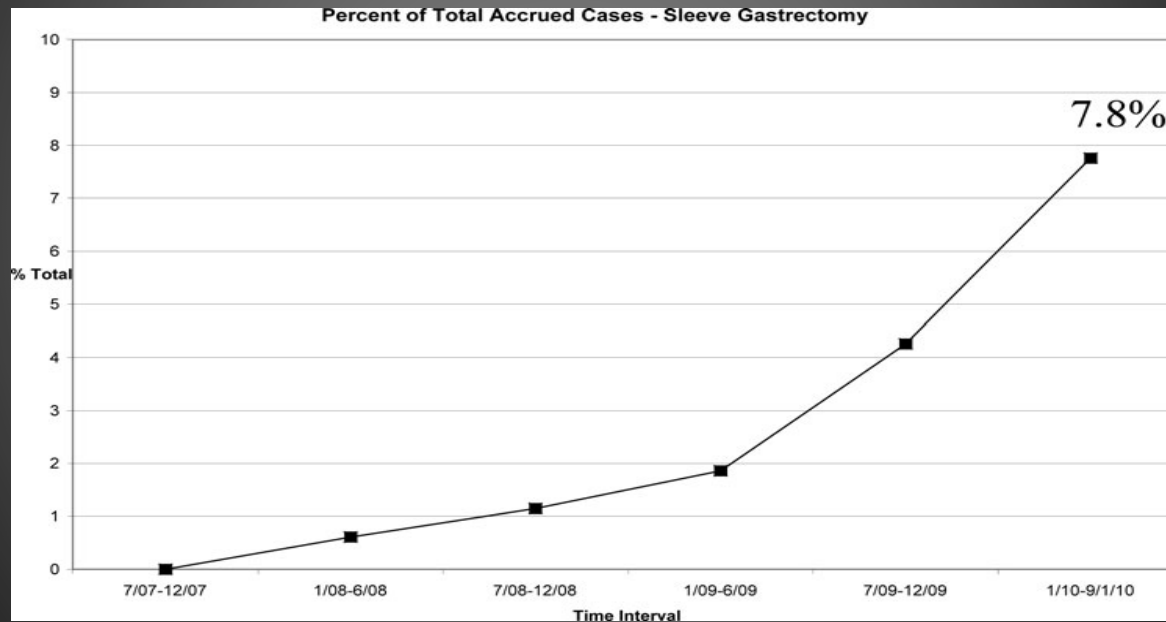
Obesidad mórbida IMC 47 Kg/m<sup>2</sup>

-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

-Inte 3.Colocación de prótesis endoscópica

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

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

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**

nto

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 da a HGA con fístula de la línea de grapas

-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*

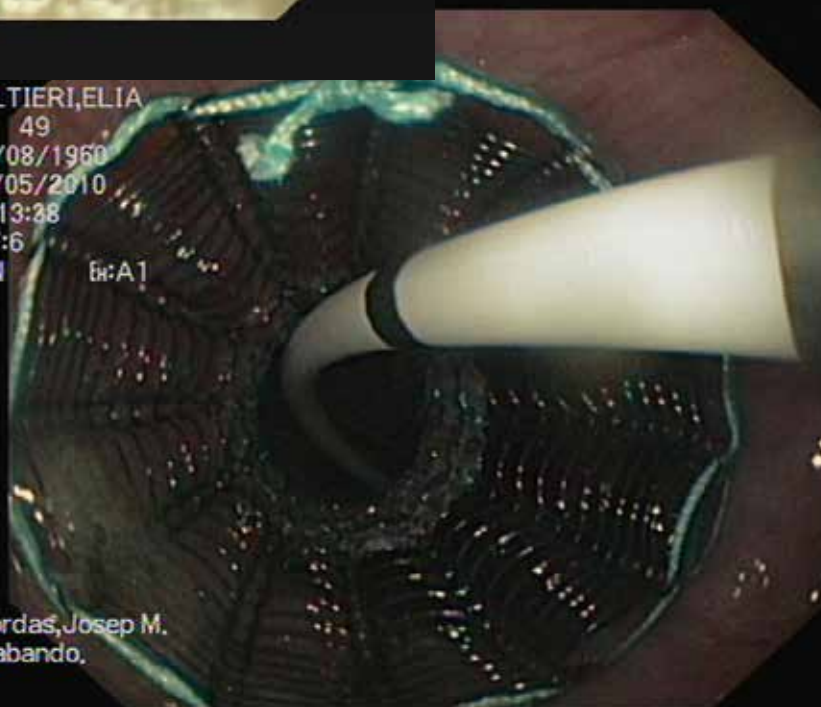
*conservadores son poco efectivos*

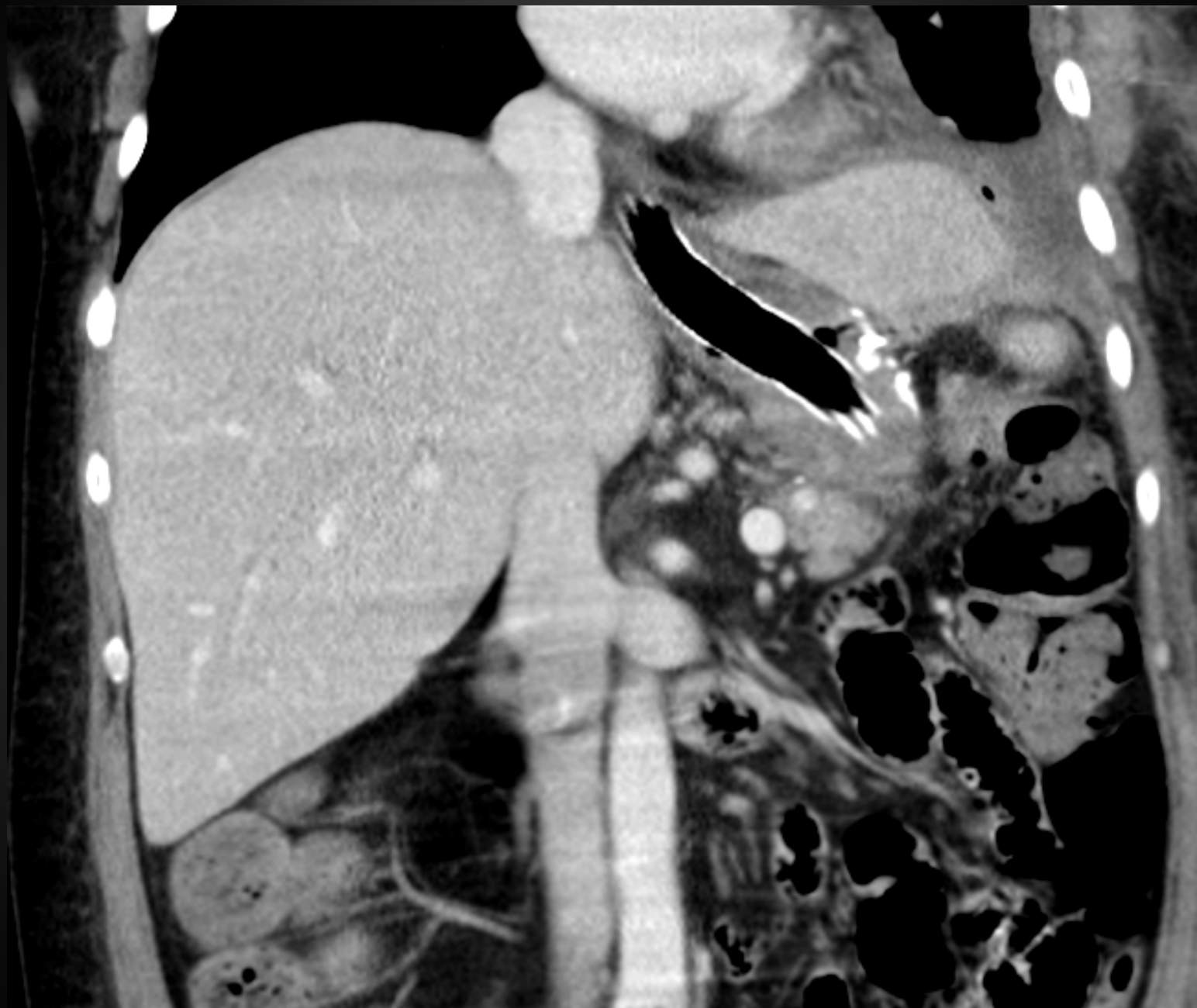


ALTIERI, ELIA  
F 49  
07/08/1960  
31/05/2010  
14:13:38  
D.F:6  
Cr:N

Fr:A1

.Bordas, Josep M.  
Grabando.







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

|                                                                  |            |
|------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Etiology</b>                                                  |            |
| 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)   |
| <b>Stent type of 852 stents used in 573 patients<sup>1</sup></b> |            |
| FC SEMS                                                          | 349 (41.0) |
| PC SEMS                                                          | 321 (37.7) |
| SEPS                                                             | 60 (7.0)   |
| Stent type unknown                                               | 122 (14.3) |
| <b>Technical success</b>                                         |            |
| Overall                                                          | 851 (99.9) |
| FC SEMS                                                          | 349 (100)  |
| PC SEMS                                                          | 320 (99.7) |
| SEPS                                                             | 60 (100)   |
| Stent type unknown                                               | 122 (100)  |
| <b>No. of stents per patient</b>                                 |            |
| Single stent placement                                           | 357 (55.5) |
| Multiple stents inserted                                         | 131 (20.4) |
| Unknown                                                          | 155 (24.1) |
| <b>Clinical success</b>                                          |            |
| Overall (n = 625)                                                | 480 (76.8) |
| <b>According to etiology (n = 358)</b>                           |            |
| Postsurgical leaks (n = 247)                                     | 201 (81.4) |
| Perforations* (n = 80)                                           | 74 (86.0)  |
| Fistulae (n = 17)                                                | 11 (64.7)  |
| Others/not specified (n = 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 68 día postoperatorio

Reir  
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 al 68.º día postoperatorio

Reinicio de dieta oral triturada  
endoscópica

¿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:

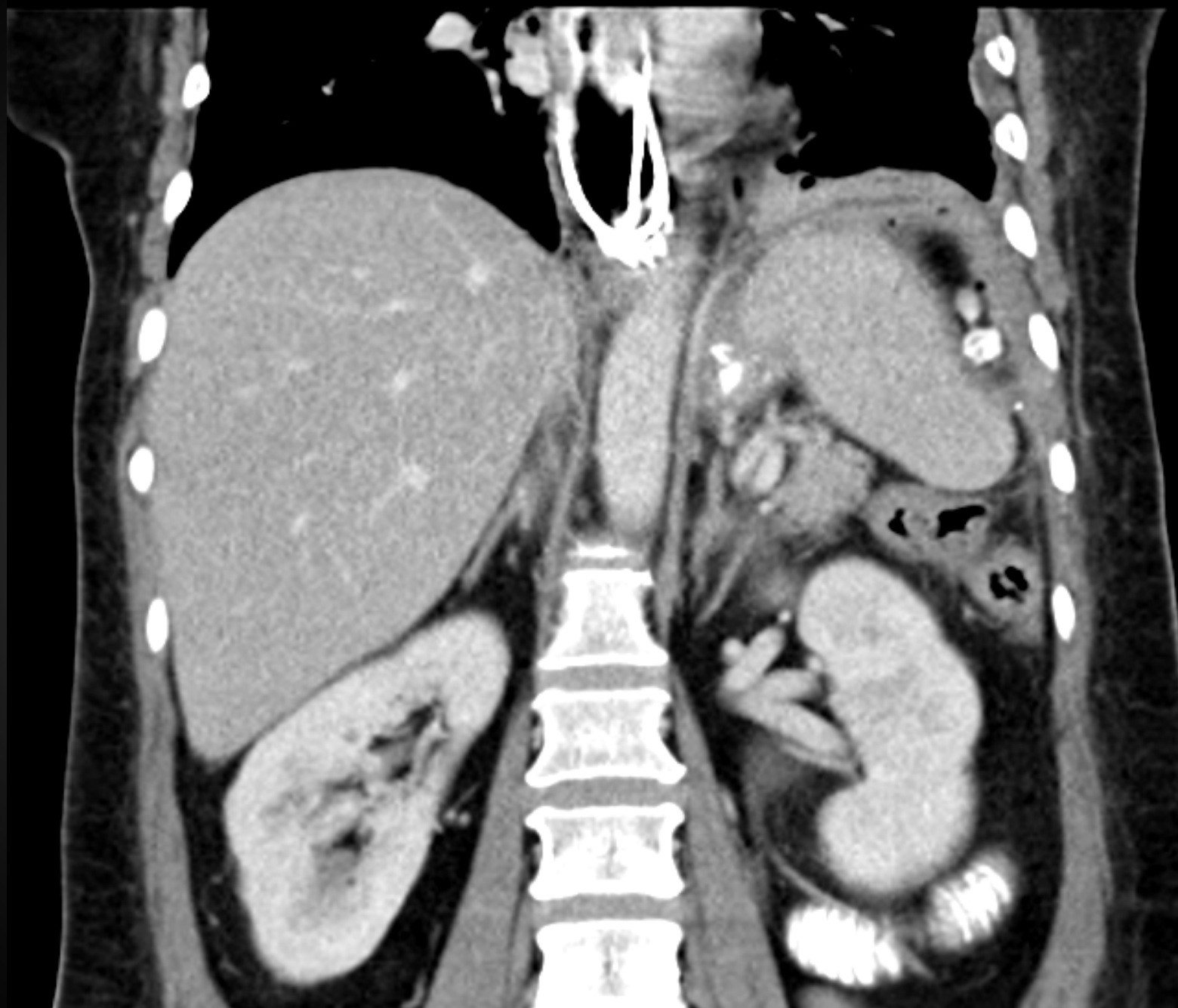


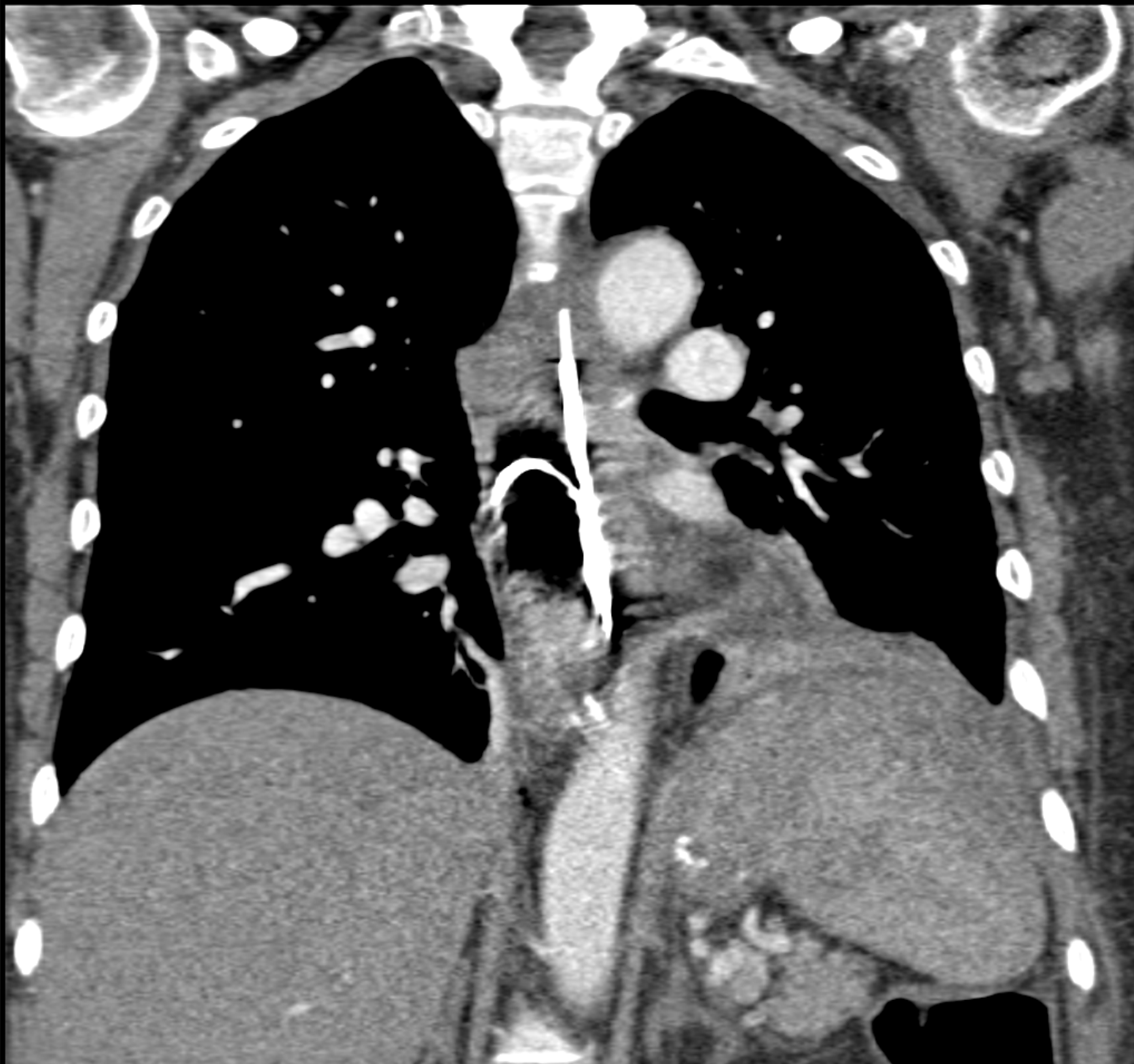
- la pinza se engancha a la prótesis
- imposible retirada endoscópica.

# 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

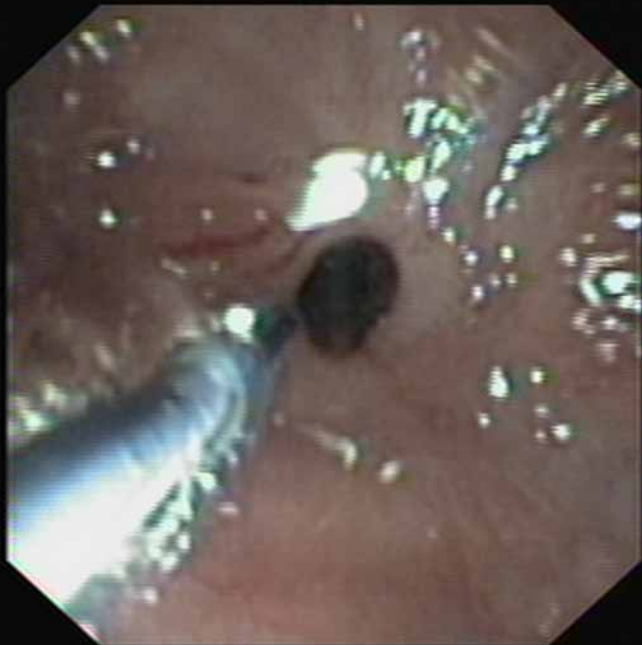
---

- 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



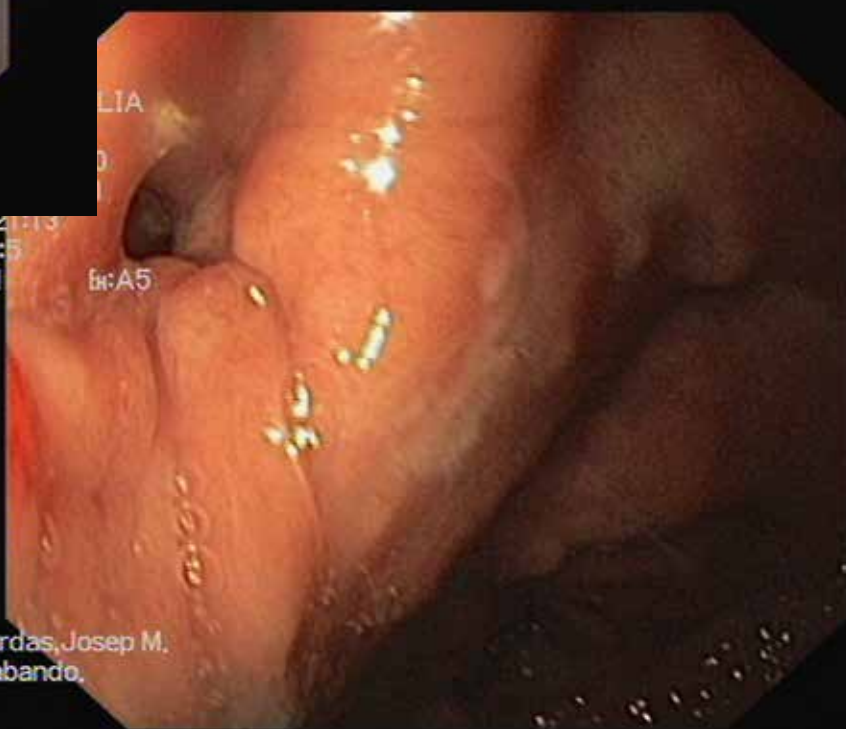


11:21:13  
D.F:5  
Gr:N

Gr:A5

.Bordas, Josep M.  
Grabando.

Agencia  
Borja, S. de  
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*



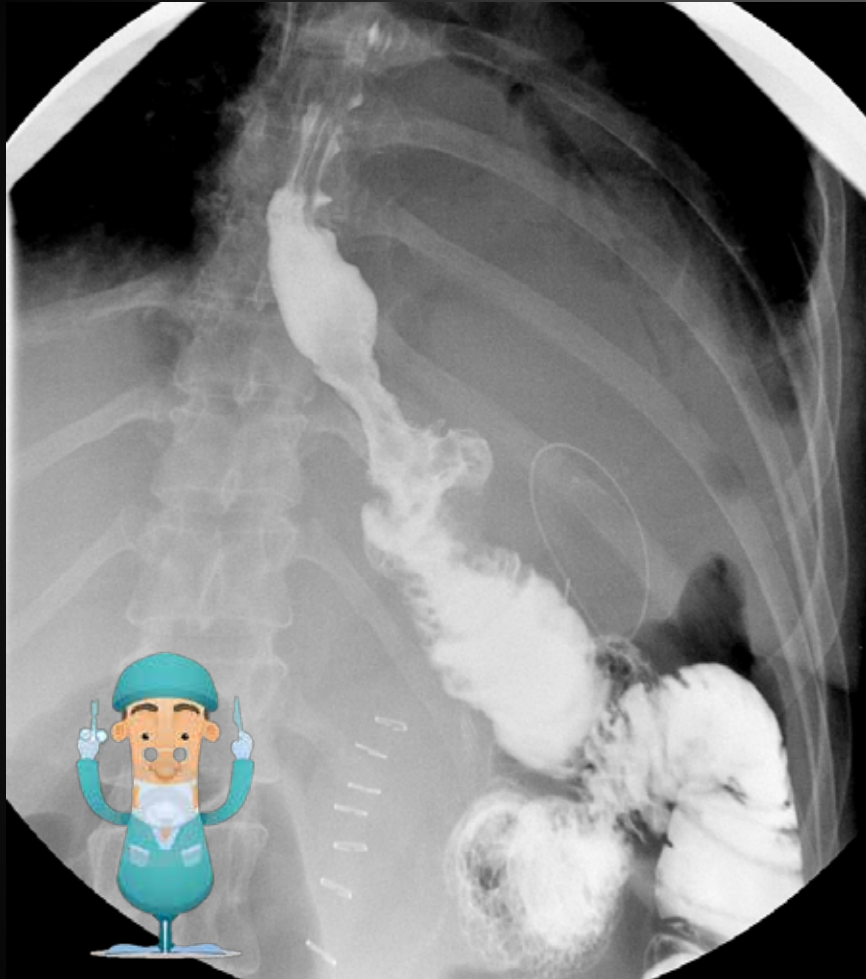
*TTO AGRESIVO  
CIRUGIA*



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***

A black and white image of a classic movie title card. The words "The End" are written in a large, elegant, white cursive script. The text is set against a dark, textured background that resembles a grainy film negative or a rough surface. The letters have a slight 3D effect with shadows, giving them a sense of depth as if they are floating or attached to the surface.

*The End*

Gràcies per la seva atenció