

Control radiológico en cirugía bariátrica ¿necesario?

Hospital Meixoeiro de Vigo (CHUVI)

Martínez Miguez, Marta (1); Otero Martínez, Isabel (1); Maruri Chimeno, Ignacio (1); Ruano Poblador, Alejandro (1); García Martínez, María Teresa (1); Galán Raposo, Lourdes (1); Gay Fernández, Ana (1); Jove Albores, Patricia (1); Delgado Calvete, Carlos (1); Morales Gorria, María Jose (1); Casal Nuñez, Jose Enrique (1)
Control radiológico tras cirugía bariátrica ¿es necesario?

Introducción

La mayoría de los cirujanos que realizan cirugía bariátrica, utilizan algún método para evaluar la integridad de las anastomosis quirúrgicas, previamente al reinicio de la dieta. Puede realizarse un tránsito con gastrografin, ó azul de metileno oral (mientras se mantienen los drenajes abdominales), pero hay cirujanos que no utilizan ningún control y se basan en la clínica (taquicardia fundamentalmente), para sospechar una fuga. La negatividad de estas pruebas no excluye la existencia de una fístula, pero son pruebas sencillas y sin gran coste. Además en las radiológicas nos queda la imagen de la técnica realizada, y puede informar de otra complicación como es la obstrucción.

Ante la sospecha de una complicación abdominal postquirúrgica, la ECO aporta escasa información y el TAC no es accesible a todos los pacientes por el problema de los límites de peso para la maquina (en nuestra serie se realizaron algunos por avería del telemando para el control con gastrografin).

Material y métodos

Pacientes intervenidos de obesidad mórbida desde marzo de 1997 a diciembre de 2007. Dentro del protocolo de seguimiento en nuestro servicio, se incluye un control radiológico a las 48 horas.

Resultados

Hemos intervenido a 187 pacientes: cruce duodenal 64, bypass gástrico 117, bypass de una anastomosis 4, sleeve 1 y Mason 1.

Se han realizado controles radiológicos en 180 casos (96%) (165 con gastrografin y 15 TAC). El radiólogo solo informó alteraciones en 3 casos, dos de los cuales requirieron intervención por oclusión (TAC y gastrografin) y un tercero con dilatación inespecífica (gastrografin), que se resolvió médicamente.

No se evidenciaron fístulas, la única de la serie (0,5%) se diagnosticó por la clínica y el contenido del drenaje abdominal, a las 24 horas postoperatorias y fue debida a un fallo total del grapado de la cara posterior de la anastomosis yeyunoyeyunal que precisó reintervención.

Conclusiones

Ante estos resultados nos hemos planteado si sigue siendo necesario realizar de forma habitual algún tipo de control ó solo reservarlo para casos justificados.

El tránsito es la prueba más empleada pero solo detecta entre 20-25% de las fugas y no sirve para diagnosticar las de la anastomosis yeyunoyeyunal ni las del estomago excluido. La TAC tiene mayor sensibilidad, aunque existe el problema técnico en los pacientes de mayor peso.