

Hemorragia digestiva alta grave por fistula entre arteria esplénica y manga gástrica

Severe upper gastrointestinal bleeding due to fistula between splenic artery and gastric sleeve

Hemorragia digestiva alta grave devido a fistula entre artéria esplênica e manga gástrica

Daniel González González¹, Nicolás Tarigo²

RESUMEN

La hemorragia digestiva determinada por una fistula entre manga gástrica y pseudoaneurisma de arteria esplénica o polo superior de bazo es infrecuente.

Se presenta un caso clínico de una paciente de 52 años con antecedentes de cirugía de manga gástrica y fuga anastomótica.

Ingresó por hemorragia digestiva alta grave. Se operó de emergencia y realizó punto hemostático sobre cara posterior de manga gástrica. Se reintervino por resangrado realizándose la gastrectomía y esplenopancreatectomía distal por solución de continuidad de arteria esplénica. Dada la inestabilidad hemodinámica se efectuó un esofagostoma y yeyunostomía, reconstruyéndose a los 8 meses con buena evolución.

Palabras clave: Hemorragia digestiva, manga gástrica, fistula, arteria esplénica.

ABSTRACT

Gastrointestinal bleeding caused by a fistula between the gastric sleeve and a pseudoaneurysm of the splenic artery or upper pole of the spleen is uncommon.

A clinical case of a 52-year-old patient with a history of gastric sleeve surgery and anastomotic leak is presented.

She was admitted for severe upper gastrointestinal bleeding. She underwent emergency surgery and performed a hemostatic stitch on the posterior face of the gastric sleeve. She underwent reoperation due to rebleeding, performing gastrectomy and distal splenopancreatectomy due to discontinuation of the splenic artery. Given the hemodynamic instability, an esophagostomy and jejunostomy were performed, reconstructing at 8 months with good evolution.

Keywords: gastrointestinal bleeding, gastric sleeve, fistula, splenic artery.

RESUMO

O sangramento gastrointestinal causado por uma fistula entre a manga gástrica e um pseudoaneurisma da artéria esplênica ou pólo superior do baço é incomum.

Apresenta-se o caso clínico de um paciente de 52 anos com história de cirurgia de manga gástrica e fistula anastomótica.

Ele foi internado por hemorragia digestiva alta grave. Uma operação de emergência foi realizada e um ponto hemostático foi realizado na face posterior da manga gástrica. Foi reoperado por ressangramento, realizando gastrectomia e esplenopancreatectomia distal por descontinuação da artéria esplênica. Dada a instabilidade hemodinâmica, foi realizada esofagostomia e jejunostomia, reconstruindo aos 8 meses com boa evolução.

Palavras-chave: Hemorragia gastrointestinal, manga gástrica, fistula, artéria esplênica.

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica se ha constituido en un pilar fundamental en el tratamiento de la obesidad mórbida. La hemorragia digestiva alta precoz como complicación en el postoperatorio de una manga gástrica en general se vincula con un sangrado en la línea de grapas, variando su incidencia entre 1 y 2%^(1, 2).

Sin embargo las hemorragias graves surgidas como complicaciones tardías no son frecuentes, habiendo muy pocos casos publicados en la literatura originados como complicación de una fistula entre la manga gástrica y un pseudoaneurisma del tronco de la arteria esplénica o sus ramas o incluso con el polo superior del bazo^(3, 4).

El objetivo es comunicar un caso clínico de hemorragia digestiva alta grave por una fistula entre arteria esplénica y la manga gástrica.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 52 años, sexo femenino con antecedentes de cirugía de manga gástrica para el tratamiento de la obesidad, tres años antes de su ingreso, que presentó como complicación postoperatoria una fuga anastomótica y absceso en la trascavidad de los epiplones, que se resolvió con un drenaje percutáneo.

Posteriormente estenosis de la manga que requirió varias sesiones de dilatación.

Ingresó al servicio de urgencia por episodio de hemorragia digestiva alta grave en shock que se repuso y estabilizó. Se realizó fibrogastroscofia que evidenció la manga gástrica completamente ocupada por sangre roja no pudiendo determinar en forma precisa el origen del sangrado.

Se operó de emergencia abordándose a través de una mediana suprainfraumbilical. Se realizó una gastrotomía y se comprobó abundante sangre roja que fluía desde su cara posterior en su tercio proximal

¹Profesor Titular de Clínica Quirúrgica 3, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. Jefe del Departamento de Cirugía de la Cooperativa Médica de Florida.

Correo electrónico: danielalfredogg@gmail.com ORCID: 0000-0003-3916-9201

²Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica F, Cirujano de la Cooperativa Médica de Florida. ORCID: 0000-0002-0807-5539.

donde se identificó una solución de continuidad de 2 por 2 cm (**Figura 1**). Se realizó un punto hemostático logrando su control. A las 24 horas resangrado y shock. Se operó de emergencia realizándose la gastrectomía. Durante la misma se constató sangrado arterial proveniente de retroperitoneo por lo cual se clameó la aorta. Se constató solución de continuidad sobre el sector distal de la arteria esplénica por lo que se realizó la esplenopancreatectomía distal. Dada la inestabilidad hemodinámica no se reconstruyó y se confeccionó un esofagostoma abdominal mediatizado por sonda Pezzer y yeyunostomía de alimentación.

En la evolución fistula pancreática que se agotó a través de drenaje en la logia pancreática.

El informe anatómo patológico de la pieza informó: proceso necrótico, inflamatorio, evolucionado e inespecífico que compromete la pared gástrica y se extiende a nivel perigástrico, englobando sector de hilio esplénico.

Ocho meses después se reconstruyó el tránsito digestivo mediante una esofagoyeyunostomía con buena evolución postoperatoria.



Figura 1. Pieza de resección quirúrgica correspondiente a la manga gástrica donde se señala en su sector superior la solución de continuidad donde se constituyó la fistula con la arteria esplénica.

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

La hemorragia digestiva alta grave como complicación de una fistula por una manga gástrica para el tratamiento de la obesidad mórbida es un cuadro grave y poco frecuente. Ella representa entre el 0,23% y 0,43% de las complicaciones de las mangas gástricas^(3,4).

Se han reportado en la literatura dos posibles mecanismos patogénicos. Uno de ellos es el pseudoaneurisma de la arteria esplénica o gástrica izquierda descrito por Rebibo⁽³⁾ en 2013, mientras Montana⁽⁴⁾ planteó la fistula gastro esplénica entre la

línea de grapas de la manga y el polo superior del bazo sin identificar un pseudoaneurisma.

En referencia a aquellos determinados por un pseudoaneurisma, Rebibo⁽³⁾ comunicó 3 casos. De ellos, 2 se originaron en la arteria gástrica izquierda y 1 en la esplénica. En tanto, tres también son los reportados como fistulas gastro esplénica no aneurismática.

El tiempo transcurrido de aparición de esta complicación luego de establecida la fistula osciló entre 9 y 118 días para los pseudoaneurismas, habiendo un caso reportado por Montana⁽⁴⁾ para las fistulas gastro esplénica no aneurismática que ocurrió a los 5 años. Si bien en el caso que presentamos no logramos establecer un diagnóstico de pseudoaneurisma - aunque sí su origen en el tronco de la arteria esplénica -, el tiempo de presentación de la complicación que fue de 3 años -alejado de la cirugía primaria - se aproxima más al comunicado por Montana⁽⁴⁾. Pero independientemente de las consideraciones previas no se pudo confirmar en forma certera ninguno de los dos mecanismos.

Es de destacar que las colecciones que se originaron a consecuencia de la fuga anastomótica de la manga y previas al sangrado se trataron mediante drenajes endoscópicos con stent tipo doble pigtail o drenajes colocados por vía percutánea o laparoscópica^(3,4).

Dada la gravedad del cuadro, se requiere un diagnóstico y tratamiento oportunos. Rebibo⁽³⁾ comunicó que la fibrogastroscoopia realizada pudo identificar el sitio de sangrado en 1 caso al igual que uno de la serie de Montana⁽⁴⁾ en que intentó el tratamiento mediante escleroterapia con adrenalina y colocación de clips. Sin embargo Ball⁽⁵⁾ no lo logró en su paciente así como ocurrió en nuestro caso. Por lo tanto el rendimiento de la fibrogastroscoopia de acuerdo a los pocos pacientes que se han reportado en la literatura y nuestra experiencia, es bajo.

En base a ello se establece que la angiogramografía es el estudio que permite, en pacientes hemodinámicamente estables, cumplir con los dos objetivos planteados inicialmente, diagnóstico y tratamiento mediante la embolización arterial.

Sin embargo en pacientes inestables hemodinámicamente o en centros donde no se cuente con el recurso de la angiogramografía y embolización o que se intentó tratamiento endoscópico y resangró, la cirugía debe ser indicada.

Así ocurrió con el paciente de Rebibo⁽³⁾ portador del pseudoaneurisma esplénico que por su inestabilidad hemodinámica y el de Ball⁽⁵⁾, que inicialmente se trató mediante embolización y resangró, fueron intervenidos quirúrgicamente. En ambos casos se ligó la arteria esplénica y realizó la esplenectomía. En cuando al manejo del orificio fistuloso de la manga gástrica, a uno se le colocó en el intraoperatorio un tubo en T y a otro

un stent por vía endoscópica. En tanto, en la casuística de Montana(4) uno debió ser intervenido luego de haberse intentado un tratamiento endoscópico y haber resangrado y se trató realizando una esplenectomía y confección de la manga gástrica. Otro caso inestable hemodinámicamente se intervino de emergencia y realizó un packing esplénico, siendo reintervenido 4 horas después, falleciendo en el postoperatorio inmediato.

En nuestro caso las dos cirugías fueron realizadas de emergencia y se desconocía el origen del sangrado. En la primera se identificó luego de la gastrotomía una solución de continuidad sobre la pared posterior de la manga gástrica de donde provenía el sangrado y a la cual se le efectuó un punto hemostático, habiéndose controlado la hemorragia. En la segunda se pudo determinar el origen del sangrado luego de haber realizado la gastrectomía y clampeado la aorta ya que inicialmente el proceso inflamatorio de la trascavidad de los epiplones impedía hacerlo. Dada la localización de la solución de continuidad de la arteria esplénica a la altura de la cola del páncreas, se decidió la esplenopancreatectomía distal.

La inestabilidad hemodinámica de nuestra paciente impidió que se realizará la reconstrucción del tránsito.

Se trata de un cuadro grave cuya mortalidad, tomando en cuenta la serie de 6 casos publicados y el nuestro y habiendo un fallecido, asciende a 14%.

Como consideraciones finales podemos decir que la hemorragia digestiva alta grave originada en el polo superior esplénico o en un pseudoaneurisma del tronco de la arteria esplénica o sus ramas debe ser considerado en el contexto de pacientes con antecedentes de una fistula o dehiscencia anastomótica como complicación de una manga gástrica. Ello exige una conducta activa tanto para establecer un diagnóstico etiológico como un tratamiento oportuno. La hemodinamia del paciente y los recursos con que se pueda disponer para tratamientos miniinvasivos y la respuesta a éstos determinarán la necesidad de una cirugía. Su pronóstico vital inmediato es grave, con una mortalidad de 14%.

REFERENCIAS

1. **Armstrong J, O'Malley SP.** Outcomes of sleeve gastrectomy for morbid obesity: a safe and effective procedure?. *Int J Surg.* 2010;8(1):69-71.
2. **Deitel M, Gagner M, Erickson AL, Crosby RD.** Third International Summit: Current status of sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis.* 2011;7(6):749-759.
3. **Rebibo L, Fuks D, Blot C, Robert B, Boulet PO, Dhahri A, Verhaeghe P, Regimbeau JM.** Gastrointestinal bleeding complication of gastric fistula after sleeve gastrectomy: consider pseudoaneurysms. *Surg Endosc.* 2013;27(8):2849-2855.
4. **Montana L, Genser L, Cortes A, Poupardin E, Barrat C, Carandina S.** Gastrosplenic Fistula with Gastrointestinal Bleeding: a Rare and Potentially Fatal Complication After Sleeve Gastrectomy.

Obes Surg. 2018;28(7):2135-2139.

5. **Ball JF, Sreedharan L, Reddy S, Tan B, Sujendran V.** Splenic artery pseudoaneurysm causing delayed gastrointestinal bleeding after gastrocolonic fistula following sleeve gastrectomy. *Ann R Coll Surg Engl.* 2018;100(1):e15-e17.

Nota de contribución:

Dr. Daniel González: Concepción y diseño del estudio, recolección de los datos, elaboración de un borrador del manuscrito, escritura del manuscrito, supervisión del trabajo.

Dr. Nicolás Tarigo: concepción y diseño de estudio, recolección de datos.

Nota del Editor:

El presente trabajo fue aprobado para su publicación por el editor Hamlet Suárez.

Recibido: 15/02/2022

Aceptado: 10/08/2022