

# ¿Cómo minimizar y tratar las complicaciones quirúrgicas postoperatorias en Cirugía Bariátrica?. Lo que todo cirujano debe conocer.

*How to minimize and treat postoperative surgical complications in Bariatric Surgery?. What every surgeon should know.*

Balongo García R

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva

## PRESENTACIÓN

La cirugía bariátrica-metabólica (CBM) sigue siendo actualmente el método más efectivo en el paciente obeso mórbido para conseguir una pérdida de peso a largo plazo y el control de las comorbilidades asociadas al síndrome metabólico. A nivel mundial la Obesidad Mórbida (OM) ha incrementado su prevalencia adquiriendo características de epidemia, y por el ello el número de intervenciones se ha incrementado con los años. A pesar de ello el número de complicaciones postoperatorias que generan reingresos o reintervenciones a 90 días (entre el 1 y el 6%), y la mortalidad (menor del 1% ((en occidente por debajo del 0,1%)) se mantiene estable, habiéndose reducido su número en las últimas décadas. (IFSO 2023 report). En el caso de cirugía de revisión (REDO) se está produciendo un incremento en los últimos años, con reingresos y reintervenciones

a 90 días entre el 3 y el 12%, y con mortalidad algo mayor, si bien se mantiene por debajo del 1%.

Las complicaciones postquirúrgicas de la CBM (CCB) se han clasificado según el tiempo de aparición en precoces, medias y tardías, lo que tiene implicaciones en la forma de presentación y el planteamiento para su minimización y tratamiento, por otro lado, se han clasificado también según su tipo como metabólicas y asociadas a la técnica quirúrgica. Existe una gran variedad de técnicas quirúrgicas en CBM que tradicionalmente se han clasificado como de menos a más efectivas y de menos a más riesgo de complicaciones, en un orden que va desde las técnicas restrictivas a las más malabsortivas. También hay factores de riesgo asociados al paciente y al equipo quirúrgico, de entre los que destacan: el sexo, la edad, el IMC preoperatorio, distribución de la grasa corporal, la hipertensión arterial, y la experiencia del cirujano y del equipo multidisciplinar.

### CORRESPONDENCIA

Rafael Balongo García  
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez  
21005 Huelva  
[aljaca@telefonica.net](mailto:aljaca@telefonica.net)

XREF

### CITA ESTE TRABAJO

Balongo García R. ¿Cómo minimizar y tratar las complicaciones quirúrgicas postoperatorias?. Lo que todo cirujano debe conocer. Cir Andal. 2023;34(3):390-393. DOI: 10.37351/2023343.13

Un análisis de las complicaciones en nuestro medio quedaría incompleto sin tener en cuenta tres aspectos importantes que condicionan el aumento de las mismas en las áreas de urgencias de nuestros hospitales, la tendencia a un alta cada vez más precoz de los pacientes en la unidades de cirugía bariátrica por lo que las complicaciones aparecen una vez el paciente está en su domicilio, la popularidad alcanzada por algunas técnicas quirúrgicas que han atraído a cirujanos no bariátricos a estas técnicas (la mayoría sin el apoyo de equipos multidisciplinares), y el turismo sanitario que han supuesto un incremento del número de complicaciones y reingresos en nuestro medio. Por ello todos los cirujanos generales deben conocer las complicaciones asociadas a la cirugía bariátrica, porque son pacientes complejos a los que tendrán que asistir en algún momento en sus áreas de urgencias, la mayoría sin el apoyo de un cirujano bariátrico, y en el que las medidas que se tomen pueden condicionar la supervivencia del paciente, o la posibilidad de una reparación eficaz.

Lo mejor para tratar cualquier complicación es la prevención evitando que esta se produzca, es siempre costo-efectiva, y le evita al paciente la morbimortalidad asociada a su reparación y las secuelas psicosociales de las mismas. Ya dijimos que hay factores dependientes del paciente, de la técnica empleada y del equipo que la realiza, por lo que las medidas que han demostrado efectividad en la prevención de las complicaciones se relacionan con todos ellos:

1. La rehabilitación del paciente OM,
  - Informar exhaustivamente (empezando porque no es un paciente "sano")
  - Obtener su compromiso y mejorar su cumplimiento (contratos terapéuticos).
  - Reducción-abandono del hábito tabáquico
  - Mejorar la composición corporal preoperatoria
    - Reducción controlada de un porcentaje de sobrepeso,
    - Incrementos de la actividad física
  - Control de comorbilidades asociadas a la obesidad
  - Control de la polimedicación
  - Preparación psicológica
  - Intervención socio-familiar
2. La selección de la técnica más adecuada para cada paciente
3. La ejecución de la técnica de forma completamente estandarizada
4. La inclusión de los ERAS en los programas de CBM
5. Seguimiento estrecho y prolongado
6. Equipos multidisciplinares con experiencia

7. Implantación de medidas innovadoras que han demostrado eficacia en estudios experimentales:
  - La robótica
  - La tele-monitorización del paciente
  - El uso de selladores y refuerzos a las suturas mecánicas.
  - Programas de formación-entrenamiento-capacitación y acreditación

En relación al tratamiento hay que hacer algunas distinciones entre complicaciones precoces y tardías. Las primeras se relacionan habitualmente con la técnica quirúrgica y se suelen presentar como una emergencia con riesgo para la vida del paciente, difíciles de diagnosticar porque los pacientes son habitualmente paucisintomáticos, obliga en muchos casos a tomar decisiones solo con la sospecha, por otro lado los procedimientos quirúrgicos realizados para su tratamiento pueden comprometer el manejo a largo plazo del paciente OM, por lo que la cirugía de control de daños es la mejor opción en la mayoría de los casos.

Las complicaciones tardías se relacionan más con complicaciones metabólico-nutricionales hipoglucemias refractarias, hipoproteinemias, dumping, y pérdida de eficacia como la reganancia de peso o el mal control de comorbilidades, etc.) y menos con complicaciones relacionadas con la técnica quirúrgica, aunque estas pueden presentarse como consecuencia mecánica de la pérdida de peso (adelgazamiento de mesos y mayor tendencia a hernias internas), estenosis del pouch, bezoar, adherencias, enfermedad péptica, alteraciones funcionales como retrasos de vaciamiento gástrico o reflujo gastroesofágico de novo. No suelen tratarse de una emergencia, por lo que permiten estudiar y manejar al paciente más detenidamente, incluso derivar al paciente a un centro especializado. No obstante, son pacientes que consultan con frecuencia en el área de urgencias por dolor abdominal, intolerancia creciente a la ingesta, disfagia, náuseas o vómitos acompañados de pérdida de peso, y generalmente después de un periodo de "luna de miel" en el que el paciente estaba asintomático. Las complicaciones asociadas a la técnica son susceptibles de intentar tratamientos con otras medidas asistenciales (endoscópicas y radiológicas), aunque si se precisa cirugía son candidatos a una técnica de REDO: cirugía de reversión, revisión, o reconversión.

¿Qué hacer con un paciente con complicaciones precoces en urgencia?

Asistir a un paciente en urgencias es una tarea compleja, que requiere trabajar con altos índices de incertidumbre y requiere meditar bien las medidas a realizar para garantizar una asistencia segura y no comprometer los objetivos de la CBM. Por ello la posición de consenso de 2022 de la IFSO (International Federation for Surgery of Obesity and metabólico discordes) y la WSES (World Society of Emergency Surgery) ha establecido una serie de principios que deben dirigir la asistencia de estos pacientes:

1. En el paciente intervenido de OM, como en cualquier paciente en área de urgencias las medidas generales que garanticen la estabilidad hemodinámica y el equilibrio hidroelectrolítico son

prioritarias, así como la reducción del dolor. Buen momento para determinar si precisará medidas de soporte más complejas en UCI. El paciente con OM suele ser un paciente sin reserva funcional, con rápida tendencia a descompensarse ante complicaciones, volviéndose con frecuencia un paciente inestable en poco tiempo.

2. Es preciso realizar una historia clínica lo más completa posible, que debe incluir al menos fecha y lugar de intervención, antecedentes personales, comorbilidades asociadas a la obesidad, tipo de intervención realizada, fecha de alta, cuantía de la pérdida de peso, momento de aparición de los síntomas, y factores relacionados.

3. No existen síntomas o signos de alarma específicos en un paciente habitualmente oligosintomático, por lo que es preciso mantener un alto nivel de sospecha, incluso una exploración con ausencia de un "abdomen patológico" no excluye una CCB. La taquicardia está considerada el principal síntoma de alarma y el dolor abdominal el más frecuente (hasta 30%).

4. Ante la presencia de síntomas como náuseas o vómitos persistentes, taquicardia, fiebre, hipotensión, dolor abdominal o distres respiratorio por sí solos o en combinación en un paciente con antecedentes de menos de 4 semanas de CBM no debe demorarse el inicio de estudios diagnósticos.

5. En relación a los test de laboratorio no hay marcadores biológicos específicos, siendo la PCR el test con más alta sensibilidad y especificidad, pero con escaso valor predictivo negativo (un valor normal no descarta una CCB), debe completarse con fórmula y recuento, procalcitonina, electrolitos, función renal y hepática y gases en sangre.

6. En cuanto a los estudios radiológicos el TC con contraste oral e iv es el más útil sobre todo si va dirigido por las complicaciones más típicas de la técnica realizada. En caso de mujeres embarazadas la combinación de ECO y RNM puede tener una utilidad similar al TC. El eco-fast realizado en urgencias no ha demostrado utilidad en el diagnóstico de las complicaciones más allá de determinar la presencia de líquido libre en cavidad abdominal.

7. No debe demorarse una laparoscopia diagnóstica ante síntomas sospechosos con signos radiológicos negativos o embarazadas en las que no sea aceptable el tiempo de demora para prueba diagnóstica.

8. La endoscopia diagnóstica debe reservarse para casos de hematemesis o melenas, o cuando se sospecha una obstrucción alta o perforación de una cirugía restrictiva.

9. Si es preciso, realizar un procedimiento intervencionista para "controlar" o resolver la complicación con la menor demora posible: la cirugía de control de daños es el procedimiento de elección ("menos es más": Control de efluentes, remover colecciones, retirar restos de sutura, drenaje de cavidades, resecciones intestinales sin anastomosis, drenajes de cavidades, laparostomías y relaparotomías programadas). Con ello evitar tratamientos quirúrgicos extemporáneos, que condicionen una futura resolución eficaz con una técnica de REDO.

10. En caso de conseguir la resolución de la complicación hacer un seguimiento estrecho.

11. En caso de conseguir la estabilidad y el control de la causa, sin completa resolución plantear asistencia por un equipo multidisciplinar: en el mismo centro en caso de tener unidad de cirugía bariátrica o trasladarlo a un centro con experiencia.

¿Qué hacer con un paciente con complicaciones tardías relacionadas con la técnica?

Cada vez son más frecuentes los pacientes con complicaciones tardías que requieren una solución quirúrgica, llegando en algunos servicios al 10% de las técnicas bariátricas realizadas. Es según datos de la IFSO una cirugía creciente, compleja, y con tasas más altas de morbimortalidad, que sólo deben acometerse por cirujanos bariátricos con experiencia y en equipos multidisciplinarios de alto desempeño. Son cirugías que requieren una técnica de REDO (algunas de las tres re-), por lo que cualquier cirugía realizada de forma extemporánea puede comprometer una CBM posterior. Realizada por equipos entrenados han demostrado que los resultados a largo plazo desde el punto de vista de la pérdida de peso y la resolución de comorbilidades son similares a los de la CBM primaria.

## CONCLUSION

1. En urgencias en el paciente con complicaciones precoces: es preciso ir por delante de la complicación, ser expeditivo, mantener un alto grado de sospecha, realizar cirugía de control de daños como cirugía de preferencia, y derivar la asistencia a una unidad de cirugía bariátrica con experiencia.

2. En complicaciones intermedias o tardías es preciso identificarla como complicación asociada a la CBM (ha pasado tiempo, son síntomas escasos e inespecíficos, que se presentan en las CCEE de cirugía general, identificar bien la causa y plantear una reintervención (REDO) en una unidad de CBM con experiencia en este tipo de técnicas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Registro IFSO
2. De Simone B, Ansaloni L, Sartelli M, et al. The operative management in bariatric acute abdomen (OBA) survey: long-term complications of bariatric surgery and emergency surgeons point of view. *World J Emerg Surg* 2020; 15: 2.
3. De Simone B, Chouillard E, Ramos AC, et al. Operative management of acute abdomen after bariatric surgery in the emergency setting: the OBA guidelines. *World J Emerg Surg* 2022; 17: 51- 84.
4. Guiding the non-bariatric surgeon through complications of bariatric surgery. *J Vis Surg* 2018; 155: 27-40.

5. Vierra BM, Edgerton CA, Shikora SA. The impact of procedure type on 30-day readmissions following metabolic and bariatric surgery: postoperative complications of bariatric surgery. *Surg Endoscop* 2023; 37: 2127-2132.

6. Iranmanesh P, Shah SK, Chevally M, et al. Assessment of predictors of early postoperative complications after primary robotically assisted Roux en Y gastric Bypass: a multi center, retrospective cohort study. *Surg Endoscop* 2023; 37: 2851-2857.