

Absceso intraabdominal poscirugía de manga gástrica

Post-sleeve gastrectomy intra-abdominal abscess

Edith Ramos-Ocola^{1,a} , Raúl Adrian Rodríguez-Núñez^{2,a} ,
Karlo Terreros-Abril^{2,b} 

¹ Facultad de Medicina, Universidad Nacional de San Agustín (UNSA), Arequipa, Perú.

² Facultad de Medicina, Universidad Católica Santa María (UCSM), Arequipa, Perú.

^a Médico cirujano.

^b Estudiante de Medicina.

Citar como:

Ramos-Ocola E, Rodríguez-Núñez RA, Terreros-Abril K. Absceso intraabdominal poscirugía de manga gástrica. Rev Méd Hered. 2025; 36(4): 391-392. DOI: 10.20453/rmh.v36i4.7063

Recibido: 15/08/2025

Aceptado: 20/11/2025

Declaración de

Financiamiento y de conflictos de interés:

Este artículo ha sido financiado por los autores. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Correspondencia:

Karlo Aurelio Terreros Abril
Teléfono: +51 973388061
✉ karloterreros30@gmail.com



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores

© Revista Médica Herediana

Sr. Editor:

La cirugía bariátrica, en particular la gastrectomía en manga laparoscópica se ha consolidado como una de las principales opciones quirúrgicas frente a la obesidad a nivel mundial. Si bien es considerada un procedimiento seguro, no está exento de complicaciones. Entre las más relevantes se encuentra la fuga gástrica, cuya incidencia varía entre 0,3–5,5% y que puede evolucionar hacia la formación de fístulas en 0,9–2,6% de los casos; siendo la de mayor riesgo, la fístula gastro bronquial. ^(1,2)

En Perú no se cuenta con una estadística propia de la frecuencia con que se presentan estas complicaciones; sin embargo, en 2013 se reportó el caso de una paciente de 35 años que presentó fuga gástrica como complicación que se resolvió satisfactoriamente. ⁽³⁾

Presentamos el caso de una mujer de 52 años, con antecedentes de múltiples cirugías abdominales, incluida una manga gástrica dos meses antes. Consultó por náuseas y vómitos persistentes de 10 días de evolución, motivo por el cual fue hospitalizada e intervenida quirúrgicamente con diagnóstico de absceso intraabdominal post-manga gástrica por Tomografía Axial Computarizada (TAC). Al segundo día del postoperatorio, desarrolló un derrame pleural izquierdo con una acumulación subfrénica. Se realizó una tomografía de control que evidenció persistencia de contenido subfrénico, por lo que el radiólogo intervencionista colocó un drenaje con guía tomográfica, con un volumen de drenaje que osciló entre 10–50 ml. La paciente presentó múltiples infecciones nosocomiales asociadas al drenaje, siendo necesario el uso de meropenem, vancomicina y caspofungina tras el aislamiento de *Cándida sp* en el cultivo. A los tres meses, los volúmenes de drenaje disminuyeron progresivamente, indicando mejoría clínica.

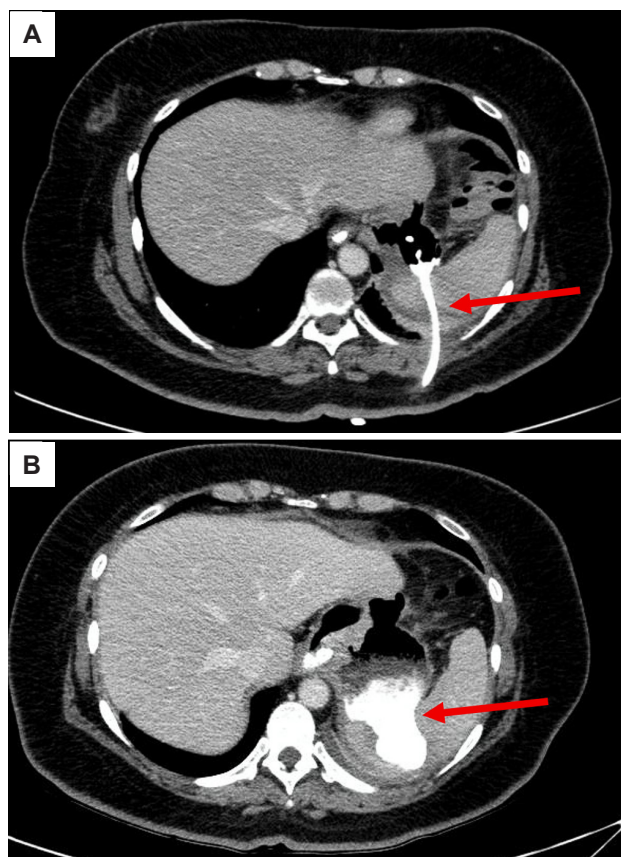


Figura 1. Trayecto fistuloso en Tomografía Axial Computarizada (TAC). Se evidencia recorrido de contraste que atraviesa la pared abdominal compatible con trayecto fistuloso (A). Se aprecia contenido que ingresa a cavidad gástrica (B).

Actualmente no existe un protocolo estandarizado de manejo, por lo que las opciones terapéuticas van desde estrategias conservadoras hasta intervenciones quirúrgicas ⁽¹⁾. La endoscopia se ha posicionado como una alternativa mínimamente invasiva y segura, con modalidades como terapia endoscópica con vacío (EVAC), drenaje interno con prótesis en “cola de cerdo”, *stents* metálicos autoexpandibles (SEMS), septotomía y dilatación con balón. Por otro lado, la cirugía sigue siendo la primera elección en pacientes con inestabilidad hemodinámica o sepsis grave. ⁽⁴⁾

Si bien la endoscopia plantea una solución satisfactoria a esta complicación, un reporte muestra cómo el uso de la cirugía robótica laparoscópica puede ser una

alternativa favorable y atractiva en caso de presentar refractariedad al tratamiento con *stents*. ⁽⁵⁾

En el caso presentado no se realizaron endoscopías terapéuticas, por lo que la combinación de cirugía y antibioticoterapia constituyó la mejor alternativa dentro de nuestro contexto. Este caso subraya la importancia de reconocer la variabilidad en la presentación clínica y la necesidad de individualizar el tratamiento según los recursos disponibles. Aunque las nuevas tecnologías ofrecen soluciones prometedoras, su accesibilidad en nuestro medio aún es limitada. Por ello, consideramos relevante difundir experiencias locales que contribuyan a generar evidencia y, eventualmente, protocolos adaptados a la realidad nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Keleidari B, Parchami K, Sheikhabaei E, ghayoomi M. A stepwise treatment of gastrobronchial fistula after laparoscopic sleeve gastrectomy: A case report”. *Surg Case Rep* 2024; 3:100076. doi: 10.1016/j.sycrs.2024.100076.
2. Ferraz ÁAB, Feitosa PHF, Santa-Cruz F. et al. Gastric Fistula After Sleeve Gastrectomy: Clinical Features and Treatment Options. *Obes Surg*. 2021; 31:1196–1203. doi: 10.1007/s11695-020-05115-w
3. Barboza Besada E, Barboza Beraún A, Castillo-ángelos M, Málaga G, Tan Kuong J, Valdivia Retamozo J, Portugal Vivanco J, Contardo Zambrano M, Montes M, Kaemena ML. Fístula gastrobronquial post gastrectomía en manga. *Rev Gastroenterol Peru* [internet]. 2017 Aug. 8 [citado el 12 de noviembre de 2025]; 33(2):157-61. Disponible en: <https://revistagastroperu.com/index.php/rgp/article/view/222>
4. Jung CFM, Binda C, Tuccillo L, et al. New Endoscopic Devices and Techniques for the Management of Post-Sleeve Gastrectomy Fistula and Gastric Band Migration. *J Clin Med*. 2024 Aug 18;13(16):4877. doi: 10.3390/jcm13164877.
5. Koussayer B, Kattih M, Nester M, et al. Gastropleural Fistula Presenting as a Complication of Gastric Sleeve Surgery: A Case Report. *Cureus* 2023; Apr 4;15(4):e37133. doi:10.7759/cureus.37133.