



P-473 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN EL PACIENTE BARIÁTRICO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Ayllón Gámez, Saray; Mayo Osorio, María de los Ángeles; Peña Barturen, Catalina; Fornell Ariza, Mercedes; Varela Recio, Javier; Roldán Ortiz, Susana; Castro Santiago, María Jesús; Fernández Serrano, José Luis

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Resumen

Objetivos: Evaluar las causas de obstrucción intestinal en los pacientes intervenido de cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz.

Métodos: Se realiza una búsqueda de pacientes desde 2012 hasta la actualidad encontrándose 6 casos en nuestro centro de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica que presentan obstrucción intestinal como complicación postoperatoria a largo plazo.

Periodo sano	Tipo de cirugía bariátrica	Causa de obstrucción. Grado de afectación.	Técnica quirúrgica	Carácter de la cirugía	Evolución
Mujer 29 años	By pass gástrico	Hernia de Petersen. Perforación gástrica.	Reducción herniaria, cierre de defecto. Cierre simple de perforación.	Urgente	Seguimiento cirugía
Mujer 37 años	By pass gástrico	Brida en anastomosis a pie de asa. Invaginación asa aferente	Adhesiolisis. Desinvaginación	Urgente	Seguimiento endocrinología
Varón 27 años	By pass gástrico	Brida de epiplón mayor a i. delgado	Adhesiolisis	Urgente	Alta de revisiones
Mujer de 38 años	By pass gástrico	Síndrome adherencial. Perforación íleon	Adhesiolisis. Resección intestinal	Urgente	Seguimiento por endocrinología. Molestias abdominales esporádicas
Mujer 37 años	By pass gástrico	Invaginación asa común en alimentaria	Desinvaginación	Urgente	Seguimiento cirugía

Varón 49 años	7 años	By pass gástrico	Hernia de Petersen. Isquemia intestinal	Reducción herniaria. Cierre de defecto. Resección intestinal + anastomosis	Urgente	Desnutrición. <i>Exitus.</i>
------------------	--------	---------------------	--	---	---------	---------------------------------

Resultados: Tiempo medio de presentación de la clínica obstructiva: 76 meses (6,3 años), rango de 1 a 13 años. El 100% fueron intervenidos de by pass gástrico, teniendo uno de ellos una reconversión de by pass gástrico tipo bagua a tipo Y de Roux 1 año después por desnutrición. Causa principal de la obstrucción: bridas o adherencias 50%, hernia de Petersen 33% e invaginación intestinal 16%, presentando 2 de los pacientes perforación de víscera hueca y uno de ellos isquemia intestinal en la reintervención que en el 100% se precisó con carácter urgente. La técnica realizada fue adhesiolisis en el 50%, reducción herniaria en el 33% y reducción de invaginación en el 16%. Dos pacientes precisaron resección intestinal por perforación e isquemia. La evolución de 5 pacientes fue favorable, presentando en la actualidad buena calidad de vida y manteniendo revisiones con cirugía o endocrinología. El paciente que presentaba isquemia intestinal y precisó amplia resección intestinal con nueva anastomosis, sufrió desnutrición severa con *exitus* a largo plazo por dicha causa.

Conclusiones: En el paciente bariátrico las alteraciones del tránsito intestinal son unas de las principales complicaciones que pueden acontecer tanto en el postoperatorio inmediato como tardío. En la nuestra muestra observamos que el by pass gástrico ha sido la técnica de cirugía bariátrica más asociada a obstrucción intestinal a largo plazo, habiéndose encontrado las bridas o adherencia como principal causa así como alteraciones a nivel de la anastomosis a pie de asa. En revisiones publicadas se observa que la hernia interna es la causa más frecuente de obstrucción intestinal en pacientes intervenidos mediante laparoscopia, las adherencias y hernia internas en laparotomía. Dado que se trata de un estudio descriptivo de serie de casos con muestra pequeña sus conclusiones son limitadas.