



V-179 - INTUSUSCEPCIÓN ILEAL RECURRENTE EN EL *BYPASS* GÁSTRICO: RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE LA ANASTOMOSIS YEYUNOYEYUNAL

Pérez Xaus, Marc; Torrent Jansá, Laia; Pera Román, Manuel; Casajoana Badia, Anna

Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Objetivos: La obesidad es una de las enfermedades más prevalentes del mundo. La cirugía bariátrica es la única opción que ha demostrado una pérdida de peso sostenida en el tiempo, así como la remisión y control de las enfermedades metabólicas asociadas. Durante años, el *bypass* gástrico laparoscópico ha sido la técnica *gold standard*. Las complicaciones del *bypass* a largo plazo no son infrecuentes siendo la oclusión intestinal una de las causas más frecuentes de reintervención quirúrgica, principalmente por adherencias o hernia interna. Otras, como la intususcepción ileal o del pie de asa son infrecuentes, con una incidencia entre 0,4 y 0,7%, requiriendo un alto índice de sospecha para su diagnóstico. En este vídeo presentamos el caso de un paciente con intususcepción ileal retrógrada recurrente que requirió de resección del pie de asa.

Caso clínico: Varón de 33 años con antecedente de *bypass* gástrico en Y de Roux laparoscópico en 2017 por obesidad grave con IMC máximo de 44 kg/m². Tres años después de la cirugía, presentó una pérdida total de peso de 70 kg, manteniendo un IMC de 23 kg/m². En agosto de 2020, el paciente consultó en urgencias por un cuadro de dolor abdominal agudo. El TC abdominal mostró una oclusión intestinal por intususcepción ileal, indicándose cirugía de urgencias. En la laparoscopia exploradora se evidenció una intususcepción retrógrada del asa común que se redujo espontáneamente. Dos meses más tarde, el paciente presentó un segundo episodio de oclusión intestinal. En el TC abdominal se observó la intususcepción ileal a través de la anastomosis del pie de asa que se resolvió con tratamiento conservador. Dada la recurrencia, se indicó la resección de la anastomosis del pie de asa de forma electiva. Dividimos la cirugía en distintos pasos. I) Exploración: mediante abordaje laparoscópico, exploramos desde la válvula ileocecal el tipo de reconstrucción gastrointestinal, observando una invaginación del asa común que condicionaba una dilatación retrógrada del asa alimentaria (150 cm) y biliopancreática (50 cm). II) Resección del pie de asa: Identificamos el pie de asa y seccionamos el asa biliopancreática y alimentaria proximal a la anastomosis yeyunoyeyunal. Tras la sección del asa común, resecamos el mesenterio del pie de asa. III) Reconstrucción del asa alimentaria: realizamos una anastomosis yeyuno-yeyunal, latero-lateral, isoperistáltica, semimecánica y lineal entre el asa alimentaria y común, con posterior cierre del defecto mesentérico. IV) Reconstrucción del pie de asa: realizamos el mismo tipo de anastomosis, 20 cm distal a la previa, configurando el nuevo pie de asa, con sutura posterior del defecto mesentérico. El posoperatorio transcurrió sin incidencias y el paciente fue alta al tercer día de ingreso. A los 3 meses de seguimiento, la paciente continúa asintomática.

Discusión: El tratamiento de elección ante la intususcepción ileal no está bien establecido. Algunos cirujanos optan por un tratamiento quirúrgico conservador con una reducción de la invaginación simple o con enteropexia del asa biliopancreática asociada. En casos de recurrencia el tratamiento de elección es la resección y reconstrucción del pie de asa.