



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-406 - OCLUSIÓN POR ADHERENCIA A NIVEL DEL PIE DE ASA TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA DE *BYPASS* GÁSTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Botello García, Francisco; Sánchez Segura, José; Toval Mata, José Antonio; Jiménez Mazure, Carolina; González Cano, Javier; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: La cirugía bariátrica constituye uno de los campos de la cirugía con mayor expansión en los últimos años, y por ello, las complicaciones asociadas a estos procedimientos con cada vez más frecuentes. En esta disciplina quirúrgica, y en especial en el *bypass* gastroyeyunal, se produce alteraciones anatómicas significativas sobre el tubo digestivo. El conocimiento de estas modificaciones es imprescindible para cualquier cirujano, ya que, en caso de complicaciones posteriores, la presentación clínica y radiológica de las mismas pueden variar significativamente respecto a un paciente sin estas singularidades. Es fundamental por tanto conocer las potenciales complicaciones de estas técnicas quirúrgicas, con el fin de lograr un diagnóstico y tratamiento precoz, evitando las consecuencias fatales de un retraso en el diagnóstico.

Caso clínico: Varón de 49 años intervenido hace 10 años de obesidad mórbida mediante un *bypass* gastroyeyunal laparoscópico sin incidencias, disminuyendo su IMC de 50 a 24. Acude a la Urgencia por cuadro de dolor abdominal, vómitos y estreñimiento de 4 días de evolución, sin otra sintomatología asociada. A la exploración, presentaba un abdomen distendido y timpánico, doloroso a la palpación en epigastrio, pero sin signos de irritación peritoneal. En el análisis de sangre destacaba una elevación de reactantes de fase aguda (leucocitosis 13.380 leu/ μ L con desviación izquierda, proteína C reactiva 213 mg/L). La radiografía simple de abdomen mostraba una dilatación de asas de delgado. Dados los hallazgos, se realizó una TC de abdomen con contraste intravenoso que informaba de una dilatación de asas de intestino delgado, con dos zonas de cambio de calibre en relación a posible oclusión en asa cerrada. Ante la sospecha de posible vólvulo intestinal o hernia interna se decidió realizar una exploración laparoscópica urgente, apreciando una adherencia desde la anastomosis del pie de asa a la pared que condicionaba una herniación del asa alimentaria con gran dilatación de la misma. Al liberar la adherencia, se objetivó una placa necrótica en el asa alimentaria en la zona próxima al pie de asa y otra unos 30 cm proximal a la anterior. Debido a la complejidad del campo quirúrgico, se decidió convertir a laparotomía media para realizar una resección intestinal del segmento de asa alimentaria con las lesiones descritas, conservando la anastomosis con el asa biliopancreática. La reconstrucción se realizó mediante una anastomosis del asa alimentaria restante al asa común, 20 cm distal a la anastomosis previa. Buena evolución clínica, analítica y radiológica, iniciando tolerancia oral al tercer día posoperatorio. Alta al 14^o día de la intervención sin incidencias.

Discusión: A pesar de que la cirugía laparoscópica ha disminuido la incidencia de adherencias posoperatorias, sigue representando una de las causas más frecuentes de oclusión intestinal tras la cirugía. Su manejo dependerá fundamentalmente de la localización de la misma y de la viabilidad de las asas afectas. La bibliografía al respecto tras una cirugía bariátrica de *bypass* laparoscópico es escasa, y menos aún en la localización peculiar de este caso, y de ahí su particular interés.