



P-053 - &IEXCL;OTRO PACIENTE EN URGENCIAS CON COMPLICACIONES POST BYPASS GÁSTRICO! LA UTILIDAD DE LA LAPAROSCOPIA EXPLORADORA DIFERIDA Y EL USO DE LA ENDOSCOPIA INTRAOPERATORIA

Pardo López, Sara; Sánchez Jiménez, Raquel; Farré Font, Roser; Diaz del Gobbo, Rafael Gerardo; Osorio Ramos, Alexander; Guariglia, Claudio Antonio; Font Prat, Meritxell; Güell Farré, Mercè

ALTHAIA Xarxa Assistencial de Manresa-Fundació Privada, Manresa.

Resumen

Objetivos: Presentar un caso clínico que evidencia la importancia del manejo de urgencias bariátricas por parte de un equipo especializado en cirugía de la obesidad, por su elevada complejidad, siempre que el paciente pueda esperar. Demostrar el papel de la cirugía mínimamente invasiva, la laparoscopia sistemática, el uso de la endoscopia intraoperatoria y la necesidad de revisar las tomografías computarizadas junto con el equipo de radiología.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 49 años, intervenida hace 18 años de un *bypass* gástrico laparoscópico sin complicaciones en el periodo posoperatorio precoz ni tardío, que consulta urgencias por dolor abdominal intenso y sialorrea, sin vómitos asociados. Presenta un IMC de 30 y como comorbilidades destacan hiperprolactinemia secundaria a un tumor de la neurohipófisis y anemia ferropénica. Se realizan analítica sanguínea y fibrogastroscoopia urgentes, ambas sin alteraciones; y un TC abdominal con contraste oral, que describe una probable invaginación del pie de asa. Se ingresa a la paciente y se interviene 48 horas después por el equipo de cirugía bariátrica. Se realiza la laparoscopia exploradora sistemática, empezando por el espacio subhepático, objetivando adherencias epiplohepáticas y del asa alimentaria con el antro gástrico (en el punto para evitar el *twist* del asa alimentaria). No se actúa a nivel del reservorio gástrico por no presentar hallazgos endoscópicos. Se explora el asa alimentaria y se cuentan 150 cm, hasta llegar al pie de asa, que se encuentra distendido y con restos de fibrina, pero sin palpar ninguna tumoración sugestiva de ser cabeza de invaginación. Se anatomizan las asas intestinales y se exploran el asa biliar y la común; además de los orificios de Petersen y yeyuno-yeyunal, que se cierran con sutura irreabsorbible. Se realiza una enteroscopia intraoperatoria con la ayuda de la laparoscopia, comprobando la ausencia de lesiones en el pie de asa y evidenciando un fragmento de cuerpo extraño de origen desconocido que se extrae endoscópicamente. Posteriormente, la paciente se encuentra sin dolor y con buena tolerancia oral, siendo alta a domicilio de forma temprana y es seguida en consultas externas, persistiendo asintomática.



Discusión: Resaltar la importancia del manejo de las urgencias bariátricas por parte de un equipo especializado en cirugía de la obesidad, por su alta complejidad, siempre que se trate de una urgencia diferible no emergente. Priorizar siempre que sea posible el abordaje mínimamente invasivo y sistematizar la laparoscopia exploradora en el paciente bariátrico, destacando el papel de la endoscopia intraoperatoria. Promover la revisión conjunta cirujano bariátrico-radiólogo de las imágenes del TC abdominal.