



P-477 - QUILOPERITONEO INCIDENTAL ASOCIADO A HERNIA INTERNA TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

Azorín Samper, María del Carmen¹; Gómez Calomarde, Matías²; Conde Ric, Andrea²; Rodríguez Carrillo, Rodolfo²; Franqi Caregnato, Andrés²; Fernández Martínez, Cristina²

¹Hospital Virgen del Castillo, Yecla; ²Hospital de Sagunto, Puerto de Sagunto.

Resumen

Introducción: La cirugía bariátrica es una disciplina en auge por la elevada prevalencia de obesidad mórbida. Para su tratamiento se emplean técnicas como el *bypass* gástrico laparoscópico, la gastrectomía tubular laparoscópica y otras técnicas bariátricas con anastomosis gastrointestinales. La incidencia de aparición de hernias internas en el posoperatorio tardío tras la cirugía bariátrica oscila entre 0,4 y el 8,8%. Como consecuencia de ellas, puede producirse obstrucción de los vasos linfáticos dando lugar a una patología bastante infrecuente en cirugía, como es la aparición de ascitis quilosa.

Caso clínico: Exponemos el caso clínico de una mujer de 38 años que presentó como complicación tardía una hernia interna asociada a quilooperitoneo. La paciente tenía antecedente de cirugía de *bypass* gástrico en Y de Roux laparoscópico intervenida en otro centro hospitalario hacía 9 años. La paciente acudió al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por un episodio de dolor abdominal generalizado de unas horas de evolución, asociado a náuseas y vómitos. Se encontraba afebril y con tránsito intestinal mantenido. A la exploración la paciente presentaba afectación del estado general, se encontraba afebril y hemodinámicamente estable. El abdomen estaba distendido, con dolor difuso a la palpación y signos de irritación peritoneal. En las pruebas complementarias se identificó dilatación de asas de intestino delgado en hipocondrio izquierdo con ingurgitación y el signo del remolino del mesenterio intestinal, hallazgos compatibles con hernia interna. Ante la sospecha diagnóstica, la paciente fue intervenida de forma urgente. Se realizó una laparoscopia diagnóstica en la que se identificó una hernia interna a través de la brecha mesentérica por el espacio de Petersen con herniación casi completa del intestino delgado y la raíz del mesenterio torsionada, así como gran cantidad de ascitis quilosa. Por dificultad de la técnica quirúrgica se decidió conversión a laparotomía media. Seguidamente, se redujo completamente las asas de intestino delgado que producían la hernia interna por espacio de Petersen y se realizó el cierre completo del orificio de Petersen con sutura continua de monofilamento. Tras la intervención la paciente presentó una evolución clínica favorable, por lo que al tercer día posoperatorio fue alta domiciliaria y siguió controles clínicos en consulta externa de Cirugía encontrándose asintomática.

Discusión: En un paciente con antecedente de cirugía bariátrica que acude a la urgencia con dolor abdominal debemos tener presente el diagnóstico diferencial de hernia interna, ya que esta es una de las posibles complicaciones tardías que podemos encontrar y que supone una urgencia quirúrgica

ya que puede comprometer la vida del paciente. Debe ser primordial la realización de una laparoscopia diagnóstico-terapéutica urgente, teniendo en cuenta que además podemos identificar de forma incidental ascitis quilosa asociada.