



P-092 - HERNIA HIATAL GIGANTE Y ESTRANGULADA TRAS BY-PASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTE EMBARAZADA

Aguado de Benito, Alicia; Castañera González, Ramón; Gómez Alonso, Daniel; Delgado Mucientes, Alberto; Gálvez Doménech, Patricia; Salanova Rodríguez, Mariana; Valentín-Gamazo González, Isabel; Louredo Méndez, Ángel Martín

Hospital Río Carrión, Palencia.

Resumen

Introducción: La revisión del hiato esofágico en la cirugía bariátrica sigue siendo un tema de controversia; el by-pass gástrico en Y de Roux (BGYR) junto al cierre de pilares parece la técnica adecuada. Del mismo modo, la precocidad actual en la indicación de cirugía bariátrica, incluso en adolescencia, hace que exista un subgrupo amplio de mujeres aún en edad fértil y con deseos genésicos tras la intervención. Durante el embarazo se producen fenómenos fisiológicos y patológicos (crecimiento uterino, vómitos, etc.) que aumentan la presión intraabdominal, pudiendo agravar problemas como la hernia hiatal, dando lugar a complicaciones nunca fáciles de solventar. Presentamos un caso poco habitual de hernia diafragmática tras vómitos persistentes en paciente embarazada e intervenida de Bypass gástrico con remanente del muñón gástrico volvulado en el saco herniario.

Caso clínico: Presentamos el caso de una gestante de 26 semanas y 37 años de edad. A los 30 años fue intervenida realizando un BGYR laparoscópico. Presenta clínica de vómitos de 5 días de evolución y acude a urgencias por disnea de reposo de 12 horas. No existe murmullo vesicular normal en hemitórax izquierdo por lo que se realiza radiografía torácica en la que se evidencia un pulmón colapsado con niveles hidroaéreos. La Proteína C reactiva es elevada y la leucocitosis leve, compatible con la propia del embarazo. Pese al embarazo, ante la sospecha de hernia diafragmática complicada, se realiza TC, confirmando la herniación paraesofágica de gran parte del contenido intestinal, incluyendo el remanente gástrico y condicionando obstrucción intestinal, colapso pulmonar y desviación mediastínica. Se realiza laparotomía confirmando los hallazgos del TC, añadiendo la volvulación y necrosis del remanente gástrico tras el bypass, que obliga a su resección tras la reducción del resto de elementos a la cavidad abdominal. Se cierran los pilares y se coloca un drenaje torácico. La paciente evolucionó de forma favorable desde el punto de vista tóraco-abdominal, aunque al séptimo día postoperatorio comenzó con trabajo de parto, produciéndose un parto pretérmino que, afortunadamente, evolucionó de forma satisfactoria en la UCI neonatal. Tras 6 meses de seguimiento la paciente se encuentra asintomática, sin recidiva y el neonato en buen estado de salud.

Discusión: El embarazo produce un aumento de la presión intraabdominal que puede implicar, en ciertos casos, un empeoramiento clínico de patologías subyacentes previas como la hernia hiatal.

Pese a la escasa frecuencia de complicaciones agudas, su sospecha es obligada para actuar lo antes posible, evitando morbilidad tanto para la gestante como para el feto. El aumento de mujeres en edad fértil con cirugía bariátrica en nuestro medio debe ponernos alerta en cuanto a este tipo de complicaciones; cualquier cirujano general debe conocer esta problemática, así como las técnicas bariátricas, sus complicaciones y su resolución, ya que puede precisarse en cualquier centro, sea o no de referencia para esta cirugía.