



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-144 - HERNIA INTERNA ATÍPICA COMO COMPLICACIÓN DE BYPASS EN Y DE ROUX LAPAROSCÓPICO

Trujillo Diaz, Jeancarlos J.¹; Abril Vega, Carlos²; Diaz del Gobbo, Gabriel²; Corcelles Codina, Ricard²; Barajas Gamboa, Juan²; Kroh, Matthew²

¹Hospital Clínico Universitario, Valladolid; ²Cleveland Clinic Abu Dhabi, Abu Dhabi.

Resumen

Objetivos: Mostrar mediante vídeo, una forma de presentación atípica de hernia interna, como complicación del bypass gástrico, e incidir en la importancia de la laparoscopia como herramienta diagnóstica y terapéutica en el manejo del dolor abdominal postoperatorio en el contexto del by pass en Y de Roux (BPYR).

Caso clínico: Mujer de 49 años, con antecedentes quirúrgicos de colocación de banda gástrica, retirada por complicación en 2018, seguidamente gastrectomía vertical laparoscópica. Acude a nuestra consulta por dolor epigástrico, reflujo, náuseas y vómitos frecuentes. Realizamos estudio endoscópico, pH-metría, manometría, fluoroscopia y CT abdomen, encontrando hernia hiatal y esofagitis. Evaluado en nuestro comité multidisciplinar, consideramos cirugía de revisión realizando conversión a BPYR con anastomosis gastroyeyunal antecólica, con asa alimentaria de 120 cm y asa biliopancreática de 80 cm. Realizamos cierre del defecto mesentérico en la anastomosis yeyuno-yeyunal y cierre del defecto mesocólico, ambos con sutura continua irreabsorbible. El postoperatorio cursa sin complicaciones. Seis meses después presenta dolor abdominal intenso de unas 8 horas de evolución, náuseas y vómitos con exploración abdominal normal, realizándose TC abdominal que es informado como sospecha de sufrimiento intestinal. Se realiza laparoscopia exploradora revisándose todo el intestino delgado desde válvula ileo-cecal hasta anastomosis yeyuno-yeyunal, asa biliopancreática y asa alimentaria hasta anastomosis gastro-yeyunal, comprobando el cierre de los defectos mesentéricos, siendo todo normal. La paciente es dada de alta en 48 h. Dos meses después, acude a Urgencias por nuevo dolor abdominal de instauración brusca y sensación de plenitud. Se realiza nuevo TC abdominal observando hernia de colon transverso por detrás del asa alimentaria, si bien se considera normal debido a la construcción antecólica del asa alimentaria, y a que la paciente se encuentra asintomática en 12h con fluidoterapia y una dosis de analgésico habitual (paracetamol). Es dada de alta hospitalaria y seguida en consulta sin presentar síntomas. A los 2 meses de este último episodio acude de nuevo a nuestro Servicio de Urgencias por dolor abdominal de 12h de evolución, asociado a náuseas y distensión abdominal. Abdomen: blando, resistencia muscular a la palpación en flanco izquierdo, doloroso sin peritonismo. TC: deslizamiento completo de colon transverso, colon derecho e íleon terminal hacia el cuadrante superior izquierdo. Se decide laparoscopia exploradora comprobándose hernia completa del colon transverso, colon derecho e íleon terminal por detrás del asa alimentaria, encontrándose el espacio mesocólico (Pseudo Petersen's space) cerrado. Realizamos reposición del colon transverso, colon derecho e íleon a su

anatomía normal, evidenciando laxitud importante de todo el mesenterio, y cerramos con sutura irreabsorbible el defecto del asa alimentaria a la circunferencia del colon transverso. La paciente presenta un postoperatorio satisfactorio con buena tolerancia oral y tránsito intestinal.

Conclusiones: La incidencia de hernia interna después de cirugía bariátrica varía de 0,9% al 4,5% según las series. Clínicamente el síntoma más frecuente es el dolor abdominal y la radiología es solo diagnóstica en el 20% de los casos. El retraso en el diagnóstico conlleva complicaciones fatales, lo que hace que ante un paciente con dolor abdominal y antecedentes de cirugía bariátrica (BPYR) la laparoscopia diagnóstica se convierta en la herramienta fundamental. Recomendamos el cierre de todos los defectos mesentéricos en la cirugía de BPYR.