



## P-483 - BEZOAR ILEAL DIEZ AÑOS DESPUÉS DE BYPASS GÁSTRICO

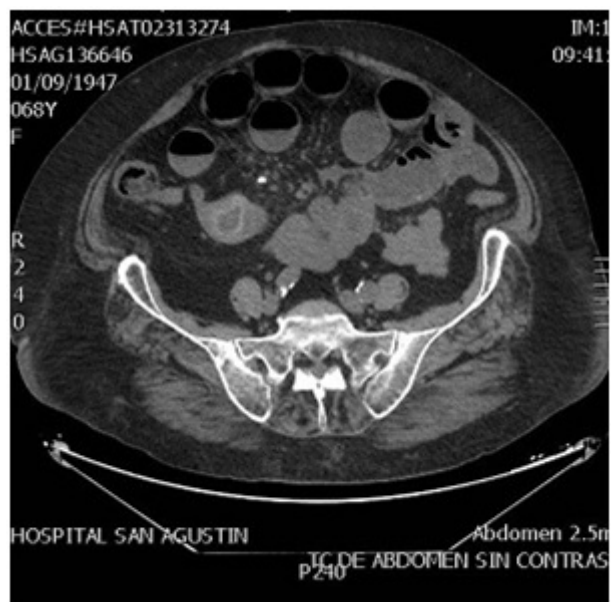
*Gutiérrez Corral, Natalia; García Flórez, Luis Joaquín; Gutiérrez Fernández, Francisco Javier; García Bear, Isabel; Mínguez Ruiz, Germán; Arias Pacheco, Darío*

*Hospital San Agustín, Aviles.*

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La cirugía ha demostrado ser el tratamiento más eficaz para lograr una pérdida de peso mantenida y revertir las comorbilidades relacionadas con la obesidad. Debido al incremento de esta patología en la población mundial estamos llamados a conocer sus posibles complicaciones tanto a corto como a largo plazo. El objetivo de esta revisión es dar a conocer una causa muy poco frecuente de obstrucción intestinal que hemos tenido la oportunidad de tratar en nuestro centro hospitalario.

**Caso clínico:** Mujer de 69 años obesa, hipertensa, diagnosticada de prolactinoma y polineuropatía desmielinizante. Como antecedentes quirúrgicos destacan bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux por obesidad mórbida hace 10 años e hysterectomía hace 3 años por adenocarcinoma de endometrio. Acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal de 24 horas de evolución acompañado de vómitos persistentes. Se realizan estudios analíticos que están dentro de la normalidad y radiología simple de abdomen en la que se visualiza dilatación de asas de intestino delgado por lo que se decide ingreso en el servicio de Cirugía como cuadro oclusivo. Se solicita TAC abdominal en el que se objetiva: obstrucción de asas de intestino delgado con cambio brusco de calibre a nivel de íleon apreciándose en el interior de éste una imagen ovalada de 2,7 cm con ribete cálcico, no signos de fístula entero biliar ni aire en radicales biliares intrahepáticos. Se indica cirugía urgente realizándose laparotomía con hallazgos de cuerpo extraño en íleon precisando de enterotomía para su extracción. Anatomía patológica: compatible con concreción de material alimentario. La evolución postoperatoria fue favorable iniciándose tolerancia oral al segundo día y siendo alta al sexto día tras la intervención.



**Discusión:** La obstrucción intestinal tras bypass gástrico ha sido descrita ampliamente en la literatura médica siendo bien conocidas las causadas por hernias internas, adherencias, estenosis o eventraciones encarceradas. Sin embargo, los bezoars suponen menos del 1% de esta etiología y los casos recogidos se basan fundamentalmente en bezoars localizados a nivel gástrico. Las propiedades de los alimentos ingeridos (ricos en celulosa), el grado de disfunción gástrica tras la cirugía (alteración en la secreción ácida y aceleración del vaciamiento gástrico) así como la neuropatía causada por la diabetes mellitus muy frecuente en pacientes obesos, y la masticación insuficiente favorecen la aparición de phytobezoars. Para el diagnóstico de esta patología es preciso la realización de TAC o incluso laparoscopia diagnóstica en caso de duda ya que debido a las alteraciones anatómicas que presentan estos pacientes los signos y síntomas de obstrucción pueden ser atípicos y las consecuencias de un diagnóstico tardío fatales. El tratamiento incluye desde fragmentación endoscópica, laparoscópica, enterotomía y extracción e incluso resección intestinal en los casos más graves. La obstrucción de intestino delgado causada por bezoar tras bypass gástrico es una entidad clínica muy poco frecuente pero que debemos comenzar a tener en cuenta en nuestra práctica clínica debido al aumento de este tipo de cirugía en la sociedad.