CIR ESP. 2017;95(Espec Congr):637

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-469 - PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIA A VOLVULACIÓN INTESTINAL INCLUYENDO EL PIE DE ASA DE DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Herrero Bogajo, Mariluz; Morandeira Rivas, Antonio; Moreno Sanz, Carlos; Muñoz de la Espada Merlo de Córdoba, Bautista; Sánchez de Pedro, Francisco; Guzmán del Castillo, Harold; Crespo García del Castillo, Vanesa; López Saiz, María

Hospital General la Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

Resumen

Introducción: La etiología biliar o enólica es la causa más frecuente de pancreatitis. Otras causas tóxico-metabólicas, mecánicas que comprometen el flujo biliopancreático, la etiología autoinmune, infecciosa o isquémica son muchos menos frecuentes. Presentamos un caso de una paciente con antecedentes de cirugía bariátrica que cursa con cuadro de pancreatitis aguda secundario a hernia interna.

Caso clínico: Paciente de 50 años con antecedente de cirugía bariátrica 10 años antes. Derivación biliopancreática consistente en cruce duodenal con 200 cm de asa alimentaria y 100 cm de asa común. La pérdida de peso había sido mantenida y la paciente partía de un IMC de 22. Repentinamente comienza con dolor abdominal epigástrico sin náuseas ni vómitos y un cuadro de respuesta inflamatoria sistémica con deterioro de la función renal y respiratoria por lo que ingresa en UCI. No antecedentes de enolismo, ni toma de medicamentos, ni colelitiasis ni antecedente traumático o infecciones previas En analítica destaca elevación de amilasa en rango de pancreatitis aguda, acidosis metabólica con consumo de bases, elevación de cifras de creatinina. En la exploración destaca abdomen distendido y timpánico progresivamente en las siguientes 48h al ingreso en UCI por lo que se realiza TAC urgente que muestra signos de pancreatitis aguda y asas de intestino delgado dilatadas retrógradamente hasta cámara gástrica desde zona de stop en asas de íleon. Se realiza laparotomía urgente que corrobora los hallazgos radiológicos con existencia de volvulación intestinal a través de orificio de brecha mesentérica del pie de asa y además eje de pie de asa con rotación de 180 grados que condiciona dilatación retrógrada predominante de toda el asa biliar generando el cuadro de pancreatitis, con placas de esteatonecrosis. Se realiza desrotación de dicho pie de asa y devolvulación con cierre de brecha mesentérica con varios puntos sueltos de material irreabsorbible, gastrostomía descompresiva y yeyunostomía de alimentación. El postoperatorio cursa con íleo paralítico prolongado con necesidad de soporte nutricional parenteral hasta la recuperación del tránsito intestinal y en TAC de control se evidencia además trombosis de eje portal secundario al estasis venoso de todo el paquete intestinal comprometido. Se inicia anticoagulación con HBPM con posterior conversión a anticoagulación oral hasta la resolución radiológica de la trombosis en seguimientos posteriores en consultas externas. Actualmente tras dos años de seguimiento la paciente se encuentra asintomática, recuperando su estado basal previo al

cuadro obstructivo.

Discusión: El cierre de las brechas mesentéricas durante la cirugía bariátrica es un paso imprescindible a realizar para evitar hernias internas. Las consecuencias derivadas de la herniación interna pueden ser mortales por lo que es muy importante realizar de manera sistemática dicha maniobra.

0009-739X © 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados