



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-064 - VÓMITOS, EMBARAZO Y BYPASS GÁSTRICO: ¿EMERGENCIA BARIÁTRICA?

*M. Socas, J. Reguera, V. Camacho, I. Alarcón, A. Barranco, J.M. Cadet, F.J. Padillo y S. Morales-Conde*

*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

### Resumen

**Introducción:** La hernia interna tras cirugía de la obesidad mórbida mediante bypass gástrico es una de las complicaciones tardías más graves de la cirugía. El cierre sistemático de la brecha trans-mesocólica o del espacio de Petersen ha conseguido que su incidencia se reduzca desde un 10 a un 0,2%.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 35 años, sometida a bypass gástrico laparoscópico 15 meses antes, con un 70% PSP que acude a urgencias en su 6º mes de gestación (23 semanas), tras alta previa 5 días antes con diagnóstico de hiperemesis gravídica, por persistencia de vómitos con afectación del estado general. Durante el ingreso los hallazgos clínico-analíticos anodinos, así como la constancia del cierre del espacio de Petersen en la cirugía previa retrasan el diagnóstico de hernia interna, lo cual acaba condicionando una hemorragia cerebral fetal masiva, así como la necrosis del asa alimentaria y la necesidad de reconstrucción del bypass. Una vez resuelta la complicación, la paciente se somete a IVE y es dada de alta a los 15 días de ambos procedimientos.

**Discusión:** La hiperpresión abdominal del estado gravídico y el adelgazamiento de los mesos secundario a la pérdida de peso tras la cirugía de la obesidad mórbida condicionan un aumento del riesgo de hernia interna. El cierre del espacio de Petersen no elimina este riesgo en todos los casos. En la mujer embarazada sometida a bypass gástrico con clínica obstructiva es necesario un elevado índice de sospecha de hernia interna, ya que su demora diagnóstica asocia un elevado riesgo de muerte materna que alcanza el 9% y de muerte fetal de hasta un 13,6%. Es por ello que haya que considerar en función del momento gestacional la realización “precoz” de un TC abdominal c/c o en su defecto una laparoscopia exploradora, para confirmar esta sospecha diagnóstica.