



# Cirugía Española



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

## P-151 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR HERNIA MESOYEYUNAL TRAS BYPASS GÁSTRICO

*Leturio Fernández, Saioa; Díez del Val, Ismael; Loureiro González, Carlos; Ortiz Lacorzana, Javier; del Hoyo Aretxabala, Izaskun; Hierro Olabarria, Lorena; Losada Docampo, Iria; Bilbao Axpe, José*

*Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.*

### Resumen

**Introducción:** Las hernias internas son una causa frecuente de obstrucción intestinal tardía tras bypass gástrico. Su presentación clínica es variable, su diagnóstico difícil y su manejo complejo. Mediante el caso que presentamos, queremos hacer hincapié en la importancia de su prevención, sospecha y tratamiento quirúrgico.

**Caso clínico:** Mujer de 57 años intervenida en 2010 mediante bypass gástrico (BPG) en Y de Roux antecólica, con un IMC inicial de 53,05 kg/m<sup>2</sup>, que precisó conversión electiva a laparotomía. Durante el seguimiento, además de una evolución del peso y comorbilidades adecuada, la paciente refiere varios episodios de dolor abdominal inespecífico, etiquetados como cuadros suboclusivos. En 2014 se realiza eventroplastia con malla por eventración no complicada y abdominoplastia. En el postoperatorio inmediato, acude nuevamente a urgencias por dolor y distensión abdominal, asociando náuseas y vómitos. La Rx de abdomen muestra una distribución anormal de gas y dilatación de asas de delgado. La TC y el tránsito digestivo sugieren una posible hernia interna. Se decide tratamiento conservador inicial por la cirugía parietal reciente, con las consiguientes dificultades de insuflación abdominal y manejo de asas ante una eventual laparoscopia, que se programa cuatro meses más tarde. La paciente es sometida a una laparoscopia exploradora, donde se procede a liberar las múltiples adherencias epiploenteroparietales. Localizada la válvula íleo-cecal, se avanza proximalmente hasta identificar y reducir una hernia yeyuno-yeyunal que justificaba los cuadros clínicos repetitivos. Tras comprobar el espacio de Petersen, se realiza cierre mesoyeyunal del mismo con sutura continua de seda de 3/0. La evolución es favorable siendo dada de alta al tercer día postoperatorio.

**Discusión:** La obstrucción intestinal tras un BPG puede tener varias etiologías, entre las que destacan las hernias internas. Éstas están favorecidas por la rápida pérdida de peso, aumentado así el defecto mesentérico, y son más frecuentes tras cirugía laparoscópica que abierta. A medida que el ascenso antecólico del asa de Roux ha ido sustituyendo a la vía transmesocólica, las hernias de Petersen han pasado a ser las más frecuentes, respecto a las mesoyeyunales. Se deben sospechar ante cualquier paciente con antecedentes de BPG y clínica suboclusiva inespecífica. La TC, el tránsito intestinal y la hiperamilasemia (por obstrucción del asa biliopancreática) tienen valor diagnóstico, si bien a menudo la confirmación definitiva es quirúrgica. El tratamiento habitual es por laparoscopia, aunque con un riesgo alto de conversión a laparotomía, corrigiendo el defecto con sutura continua irreabsorbible. Ésta es además la principal medida preventiva durante la cirugía primaria, aunque no siempre eficaz, como muestra nuestro caso.