



# Cirugía Española



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

## P-751 - Isquemia intestinal masiva. Complicaciones tardías de la cirugía bariátrica. Manejo del cirujano general

Reyhani Calvo, Arasteh<sup>1</sup>; Rahbour, Goher<sup>2</sup>; Patel, Ronak<sup>3</sup>; Iqbal, Qamar<sup>4</sup>; Walsh, Caoimhe<sup>4</sup>; Myers, Alistair<sup>4</sup>; Martín, Ernesto<sup>5</sup>; Mohsen, Yasser<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Kings College Hospital, Londres; <sup>2</sup>Watford Hospital, Londres; <sup>3</sup>St Marys Hospital, Londres; <sup>4</sup>Hillingdon Hospital, Londres; <sup>5</sup>Hospital Txagorritxu, Vitoria.

### Resumen

**Introducción:** Cada vez se realiza más cirugía bariátrica/metabólica para tratar y mejorar el manejo de sus comorbilidades asociadas como la diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, SAOS. El bypass gástrico es una de las técnicas quirúrgicas realizadas con mayor frecuencia con buenos resultados en el manejo de las comorbilidades. Entre las complicaciones tardías que pueden aparecer tras esta técnica, hay un aumento en la frecuencia de hernias internas, el riesgo de oclusión mecánica y estrangulación convierten en una complicación con elevada morbilidad. En ocasiones estas complicaciones aparecen meses o años tras la cirugía y a veces estos pacientes ingresan en un hospital terciario donde su manejo puede resultar más dificultoso. Se presenta el caso clínico de una paciente operada de bypass gástrico hace 6 años que presentó una hernia interna con isquemia intestinal, ello obligó a resecar la mayor parte de su intestino delgado (ID). Llevándonos a reflexionar sobre el manejo de estas complicaciones tardías por un cirujano general en un hospital terciario.

**Caso clínico:** Mujer de 35 años ingresa por dolor lumbar agudo y microhematuria. Antecedentes de bypass gástrico hace 6 años y mastectomía bilateral y quimioterapia por carcinoma mamario hace un año. Analítica de ingreso normal. Se realiza un TAC sin contraste para descartar cálculos renales informado normal. Tras 24 horas de observación el dolor lumbar es persistente y tras consultar con radiología se realiza una resonancia magnética para descartar metástasis óseas (sin hallazgos patológicos). La paciente se mantiene taquicardia (130-140 lpm) y requiere morfina para el manejo del dolor por ello se realiza una nueva analítica revelando PCR 442, y lactato 2,4. Estos hallazgos y que la paciente comienza a presentar dolor epigástrico agudo lleva a realizar TAC urgente con contraste que revela dilatación del ID, sobre todo a nivel del yeyuno con apariencia de remolino del mesenterio, sospechoso hernia interna. Se realiza laparotomía de urgencia encontrando isquemia intestinal de casi la totalidad del ID causada por una hernia interna en mesenterio del ID. Se reconstruye el tránsito alimenticio y resecta el ID isquémico. Tras cierre diferido abdominal se revisa a las 24 horas comprobando la viabilidad intestinal, quedando 25 cm de yeyuno y 8 cm de íleon hasta la válvula ileocecal. Realizar una anastomosis en este punto resulta dificultoso e inseguro; se deja una ileostomía y yeyunostomía. Tras 19 días en la Unidad de cuidados intensivos (UCI) la paciente es trasladada a la planta donde retoma ingesta oral y es dada de alta a un centro de referencia de síndrome de intestino corto. La paciente se mantiene asintomática a los 3 meses del alta con un buen manejo nutricional.

**Discusión:** El conocimiento de las complicaciones tardías por el cirujano general en un hospital terciario o no especializado y la existencia de un protocolo de acción claro previenen la morbilidad elevada que éstas

conlleven. Habitualmente son difíciles de identificar, ya que los síntomas son inespecíficos. El diagnóstico se realiza mediante TAC con contraste o directamente con exploración laparoscópica con el objetivo de tratar a estos pacientes sin demora.