



P-609 - ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA INTUSUSCEPCIÓN E INVAGINACIÓN EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA. INFORME DE CASO

Martínez García, Raquel; Martínez Insfran, Luis Alberto; Meroño, Emilio; Morales, Miguel; Luri, Paloma; Rojas Bonet, Noel; Compañ, Antonio

Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante.

Resumen

Introducción: El abordaje laparoscópico de las complicaciones de tipo obstructivo (hernias internas, invaginaciones y/o intususcepción) en pacientes sometidos a cirugía bariátrica, cuando éstos han perdido mucho peso, dista mucho de ser un abordaje frecuente, debido a su baja incidencia y al contexto urgente de la reintervención.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 51 años sin antecedentes médicos de interés salvo 3 episodios de dolor abdominal, sin relación con la ingesta, que cedieron con analgesia simple. Portadora de bypass gástrico desde enero del 2013; acude 4 años luego de la intervención por episodio agudo de dolor abdominal de inicio brusco tras la ingesta, tipo cólico, asociado a vómitos y localizado en epigastrio y región centroabdominal, apreciándose una sensación de masa en mesogastrio-flanco izquierdo a la palpación abdominal. En la analítica solo destacó anemia microcítica (Hto 35%, Hb 10,5 VCM 68%) siendo el resto de valores en rango de normalidad. En la radiografía de tórax y simple de abdomen se aprecia imagen de dilatación de asa intestinal con morfología en “grano de café”. En el TAC abdominal se describió “imagen en diana”, asociado a una dilatación segmentaria de un asa intestinal. Llama la atención la presencia de grasa mesentérica en el interior de la luz; hallazgos en relación con invaginación intestinal (fig.). La paciente mejora inicialmente con analgesia i.v., pero transcurridas 8 horas del inicio del cuadro, presenta nueva crisis de dolor agudo cólico intenso por lo que se decide laparoscopia exploradora. La paciente es intervenida mediante abordaje laparoscópico con tres trócares a nivel umbilical y de ambos flancos (línea media clavicular); hallándose imagen de intususcepción yeyunoyeyunal retrógrada de 50 cm de longitud, a nivel del asa común y cerca de la anastomosis del pie de asa que se objetivó de morfología normal. Se lleva a cabo la reducción de la invaginación sin complicaciones con fijación del asa, mediante dos puntos, al parietocólico derecho. En el postoperatorio fue tratada con relajantes de la musculatura lisa y analgésicos (bromuro de hioscina y metamizol iv cada 8h) durante las primeras 48 horas; evolucionando sin complicaciones y siendo dada de alta al tercer día. Última revisión hospitalaria efectuada a los 20 meses de su intervención, encontrándose asintomática en la actualidad y con TAC abdominopélvico que informa de cambios postquirúrgicos sin signos de obstrucción o dilatación intestinal.



a y b. Reconstrucción coronal de TAC con contraste intravenoso en fase portal que muestra imagen de «diana» en región centroabdominal (flecha negra) asociado a una dilatación segmentaria de un asa intestinal. Llama la atención la presencia de grasa mesentérica en el interior de la luz intestinal (flecha blanca). Estos hallazgos están en relación con invaginación intestinal.

Discusión: La sospecha e intervención quirúrgica precoz de esta inusual complicación, en enfermos operados de *bypass* gástrico con reconstrucción en Y de Roux, puede evitar las graves consecuencias en caso de diagnóstico tardío. Se requiere un alto índice de sospecha en pacientes con antecedentes de cirugía bariátrica. La exploración quirúrgica debe contemplarse en el paciente post-*bypass* gástrico, con clínica de dolor abdominal agudo y persistente, incluso en presencia de parámetros analíticos normales y con TAC sugestivo y/o diagnóstico. A nuestro criterio, la revisión laparoscópica, debe plantearse desde el inicio del cuadro, como prueba diagnóstica y en su caso terapéutica, mediante la reducción de la intususcepción, asociada o no a la fijación del asa invaginada.