



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-168 - ROTACIÓN INTESTINAL 360° A TRAVÉS DE BRECHA MESENTÉRICA EN BYPASS GÁSTRICO

Robles Quesada, María Teresa; Pico Sánchez, Leila; Blanco Elena, Juan Antonio; Granados García, Jose

Hospital Infanta Margarita, Cabra.

Resumen

Introducción: Las hernias internas son una de las complicaciones más frecuentes en el contexto del *bypass* gástrico en Y de Roux, dentro de las técnicas de cirugía bariátrica. Las hernias internas descritas pueden originarse en tres espacios: en el espacio de Petersen, en el espacio del defecto mesentérico y en el espacio entre la ventana mesocólica transversa. El diagnóstico tardío puede acabar con necrosis intestinal con alta morbilidad. El momento de más alta incidencia para su aparición está en torno al año-dos de la cirugía.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente mujer de 50 años con antecedentes personales de cirugía bariátrica mediante *bypass* gástrico en Y de Roux laparoscópico en 2013. Acude a urgencias por dolor abdominal intenso de 12 horas de evolución, náuseas, no vómitos, ni fiebre. A la exploración, paciente postrada, mal estado general, con abdomen anodino. La analítica muestra leve leucocitosis con neutrofilia, bioquímica y coagulación normal, pero en gasometría llama la atención acidosis metabólica con elevación de ácido láctico. Se realiza TC de abdomen, donde se describe dilatación de un asa de delgado próxima a la anastomosis, con abundante cantidad de líquido libre. Se decide intervención quirúrgica urgente mediante laparoscopia exploradora observando una asa intestinal isquémica y abundante líquido de sufrimiento. Se reconvierte a laparotomía, identificando asa de aproximadamente 70 cm con signos de isquemia. Resto de asas de intestino delgado con aspecto violáceo, de bajo gasto. Se identifica asa aferente, asas biliar, y anastomosis en Y de Roux. Por ojal mesentérico, asa aferente presenta torsión de 360°, con rotación de todo el paquete intestinal a través del mismo, provocando isquemia del asa intestinal biliar. Se realiza una desrotación a través del ojal mesentérico de todo el paquete intestinal rotado sobre su meso, recuperando asas intestinales su aspecto y peristalsis. La asa de intestino con signos de isquemia correspondiente al asa biliar, desde pie de asa, con una longitud aproximadamente de 70 cm de longitud, a el ángulo de Treitz, comienza a recuperarse. Tras valorar el riesgo/beneficio de dicha recuperación, o realizar resección y anastomosis y nuevo montaje en Y de Roux por la proximidad de dicho proceso al pie de asa, se decide manejo conservador. Se cierra ojal mesentérico. En el posoperatorio, la paciente evoluciona lenta, pero favorablemente, con buena tolerancia, y manteniendo tránsito intestinal, dándose de alta al octavo día posoperatorio.

Discusión: Conocer la técnicas quirúrgicas, las modificaciones anatómicas, y las complicaciones asociadas a la cirugía bariátrica, puede ayudar a conocer la causa de dolor abdominal en estos pacientes y su tratamiento urgente. Las pruebas de imagen como el TC, puede dar una orientación diagnóstica, pero no definitiva. Aunque según la literatura, el *gold estándar* de la resolución es laparoscópico, se debe de individualizar dado que en este caso hubiese sido imposible identificar y desrotar todo el paquete intestinal a través de la brecha mesentérica por vía laparoscópica y comprobar vitalidad de las asas.