



P-402 - DOS COMPLICACIONES INFRECUENTES DE FORMA SINCRÓNICA EN PACIENTE INTERVENIDO DE BYPASS GÁSTRICO

García, Alfonso Carlos; Valenzuela Molina, Francisca; Rufián Andújar, Blanca; Castilla Cabezas, Juan Alfonso; Briceño Delgado, Francisco Javier

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción: La experiencia adquirida, tras la realización de miles de casos de *bypass* gástrico laparoscópico en todo el mundo, hace que sus complicaciones sean bien conocidas. Dentro de las complicaciones tardías, la perforación a nivel del remanente gástrico es rara con una incidencia del 0,12-0,84%, así como la intususcepción intestinal con una incidencia en torno al 0,64%.

Caso clínico: Mujer de 52 años intervenida de *bypass* gástrico laparoscópico en un centro externo hace 1 año con pérdida ponderal satisfactoria. Acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal de inicio brusco de 24 horas de evolución, ausencia de tránsito intestinal y taquicardia. A la exploración presenta abdomen doloroso de forma generalizada, sin claros signos de irritación peritoneal. La analítica presenta resultados anodinos y un TC abdominal donde se evidencia imagen “en diana” en hipocondrio izquierdo con presencia de 3 capas concéntricas que involucran a un asa de intestino delgado y a la grasa mesentérica en su interior, lo que sugiere invaginación intestinal. Además, líquido libre intraabdominal en leve cuantía. Se decide intervención quirúrgica urgente mediante laparoscopia exploradora, donde se objetiva peritonitis generalizada con líquido serobiliar en todos los cuadrantes, invaginación intestinal en el asa alimentaria y perforación de 1 cm en remanente gástrico excluido. Se realizó lavado y aspirado de líquido en toda la cavidad, reducción de la invaginación, comprobándose segmento intestinal sin signos de sufrimiento y de buen aspecto y motilidad, y cierre primario de perforación en antró gástrico más epiploplastia. Tras la intervención la paciente presentó buena evolución con alta al tercer día posoperatorio.

Discusión: La mayoría de las invaginaciones intestinales tras *bypass* gástrico se producen a nivel de la anastomosis entero-entérica, no así en nuestro caso. Existen varias teorías causantes como alteraciones de la motilidad intestinal debido a marcapasos anómalos, que las líneas de grapas podrían actuar como punto de tracción o que la pérdida excesiva de peso disminuye la tracción de los mesos y de esta manera el intestino estaría más propenso a esta condición. El diagnóstico se realiza por TC y el tratamiento es quirúrgico. La presencia de necrosis del asa o perforación es indicación de resección intestinal. Si se objetiva tras la reducción que el asa es viable, existe controversia sobre la mejor alternativa; no hacer nada más, fijación del intestino o resección intestinal. Por otra parte, la perforación a nivel del remanente gástrico puede atribuirse a infección por *H. pylori*, a la ingesta excesiva de alcohol, tabaco o antiinflamatorios no esteroideos, a la no neutralización del ácido gástrico por la ingesta de alimentos o al reflujo biliar. Esta perforación de víscera hueca no suele asociar neumoperitoneo, por lo que el diagnóstico preoperatorio puede ser difícil de realizar. La persistencia del dolor abdominal junto con el diagnóstico radiológico de invaginación intestinal y la presencia de líquido libre nos hizo indicar la intervención, siendo la perforación un hallazgo intraoperatorio

no sospechado. En la revisión bibliográfica no hemos encontrado ningún caso de coincidencia de ambas complicaciones, pareciendo no existir ninguna relación para su desarrollo simultáneo.