



P-085 - QUILOPERITONEO SECUNDARIO A HERNIA INTERNA POR SÍNDROME ADHERENCIAL, EN PACIENTE CON ANTECEDENTE QUIRÚRGICO DE BYPASS GASTROYEYUNAL LAPAROSCÓPICO

García, María Alejandra; Paris, Marta; Lobo, Nikolak; Vives, Margarida; Bartra, Elia; Trinidad, Anna; Haupt, Stephanie; del Castillo Déjardin, Daniel

Hospital Universitari Sant Joan, Reus.

Resumen

Introducción: El quiloperitoneo o ascitis quilosa es una entidad rara y de difícil diagnóstico, que puede ser por causas crónicas como cirrosis hepática, malignas, infecciosas, inflamatorias, traumáticas o posoperatoria, cuyo mecanismo fisiopatológico radica básicamente en la obstrucción o disrupción de los conductos linfáticos. La aparición de hernias internas tras un *bypass* gástrico es relativamente frecuente, sin embargo, también pueden ser secundarias a cuadros adherenciales.

Caso clínico: Paciente masculino de 50 años de edad con antecedente de obesidad mórbida y *bypass* gastroyeyunal antecólico hace 5 años, adecuada pérdida ponderal de 55 kg y mejoría de comorbilidades en controles sucesivos. Consulta por dolor abdominal generalizado y continuo de 12 horas de evolución, de alta intensidad (EVA 10/10), sin presentar náuseas, vómitos ni otra clínica asociada. A la exploración física destaca dolor abdominal a nivel de mesogastrio, flanco e hipocondrio izquierdo que mejora con analgesia endovenosa. Analítica de sangre sin alteraciones patológicas. TC abdominal que muestra engrosamiento mural de asas de intestino delgado en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, acompañado de extenso edema de la raíz del mesenterio con discreta cantidad de líquido en la fosa ilíaca derecha y en pelvis. Ante sospecha clínica de hernia interna se realiza intervención quirúrgica urgente, practicándose laparoscopia exploradora que evidencia extenso quiloperitoneo, asas intestinales congestivas a nivel hemiabdomen izquierdo e infiltración linfática del mesenterio afectado con presencia de brida fibrosa entre asa alimentaria y pared abdominal anterior que condiciona retracción proximal al pie de asa. Al realizar la exploración de todo el intestino delgado desde válvula ileocecal, se observa reducción progresiva del Asa Común y del pie de asa a través de un orificio generado por esta adherencia firme aproximadamente a 10 cm proximal de la sutura del defecto mesentérico del *bypass* (defecto no permeable). Se procede a liberación de la adherencia descrita con sellador hemostático y cierre de refuerzo del defecto de Petersen y del defecto mesentérico. Evolución correcta, tolerancia oral adecuada, siendo dado de alta al 4to día posoperatorio.

Discusión: A la hora de evaluar a un paciente bariátrico portador de una técnica derivativa, siempre se debe tener como sospecha diagnóstica las hernias internas secundarias a los defectos mesentéricos y orificio de Petersen, pero no dejar de lado la posibilidad de que puedan ser producidas por un síndrome adherencial y comportarse de la misma manera. También se debe tomar en cuenta la aparición de un quiloperitoneo secundario, a pesar de ser una entidad poco frecuente y que en este caso podría ser explicada por la compresión extrínseca de los vasos linfáticos del mesenterio.