



## V-136 - HERNIA INTERNA Y TORSIÓN DE ANASTOMOSIS TRAS BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO. LA IMPORTANCIA DE LA CIRUGÍA DE REVISIÓN

Nieto, Rocio; Priego Jiménez, Pablo; Núñez Núñez, Jordi; Ortega Ferrete, Ana del Carmen; Cuadrado Ayuso, Marta; Santana Valenciano, Ángela; Blázquez Hernando, Luis; Galindo Álvarez, Julio

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

### Resumen

**Caso clínico:** Mujer de 30 años con antecedente de *bypass* gástrico laparoscópico que acude a nuestro centro solicitando segunda opinión por dolor abdominal crónico posquirúrgico. Intervenida por primera vez en 2013, precisa reintervención para reducción del reservorio gástrico en 2016. Presenta desde 2013 dolor abdominal crónico tipo cólico por lo que en el centro de origen se decide realización de colecistectomía laparoscópica en 2019 por persistencia de síntomas. En el momento en el que acude a nuestra consulta refiere dolor postprandial en hipocondrio izquierdo no asociado a náuseas ni vómitos. Se realiza panendoscopia sin hallazgos patológicos. En el TAC abdominopélvico describen la presencia de un agrupamiento de asas de yeyuno en hipocondrio izquierdo compatible con hernia interna, sin datos de complicación aguda, por lo que se decide cirugía laparoscópica de revisión. Se explora la cavidad abdominal observando herniación de paquete intestinal en hemiabdomen izquierdo a través de defecto mesentérico. Se reduce contenido herniario y se objetiva torsión de la anastomosis a nivel del pie de asa. Se procede al contaje del asa alimentaria que mide 120 cm y el asa biliopancreática de 150 cm. Al revisar la anastomosis gastroyeyunal con el objetivo de descartar fístula gastrogástrica se objetiva una torsión completa de esta en su eje longitudinal. Se procede en ese momento a la resección de la anastomosis gastroyeyunal y del *candy cane* y se confecciona una nueva anastomosis laterolateral mecánica con Echelon de 60 mm y cierre del defecto con sutura manual continua con Stratafix. Se realiza asimismo una nueva anastomosis yeyunoyeyunal laterolateral mecánica con la misma técnica. Se lleva a cabo el cierre del defecto mesentérico con puntos sueltos. Por último, se instila azul de metileno a través de una sonda orogástrica para comprobar la estanqueidad de las nuevas anastomosis. La paciente fue dada de alta el segundo día posoperatorio con adecuada tolerancia oral, sin complicaciones posoperatorias.

**Discusión:** El dolor abdominal es uno de los principales motivos de consulta tras la realización de un *bypass* gástrico, suponiendo hasta el 50% de las visitas a urgencias en algunas series. El diagnóstico diferencial del dolor abdominal en los pacientes sometidos a *bypass* incluye un gran número de entidades que deben ser evaluadas mediante la historia clínica, la exploración física minuciosa y la realización de pruebas de imagen diagnósticas en aquellos casos en los que esté indicado. Entre las causas más frecuentes se incluyen la colelitiasis, las hernias internas, la fístula gastrogástrica, la ERGE, las eventraciones, la estenosis de anastomosis gastroyeyunal o yeyunoyeyunal y el *dumping*. Es de gran importancia recordar que, en ausencia de un diagnóstico claro y la persistencia de los síntomas está indicada la realización de una exploración quirúrgica laparoscópica. Además, en caso de proceder a la intervención debe llevarse a cabo una exploración minuciosa de la cavidad, revisando siempre ambas anastomosis y la presencia de hernias internas y asegurándose de que la longitud del asa alimentaria y el asa biliopancreática son las adecuadas. Una buena

técnica quirúrgica tiene como objetivo solucionar la sintomatología del paciente y evitar nuevas reintervenciones.