

P-052 - NECROSIS INTESTINAL POR INVAGINACIÓN TRAS CIRUGÍA DE CONVERSIÓN BARIÁTRICA A *BYPASS* GÁSTRICO DE UNA ANASTOMOSIS

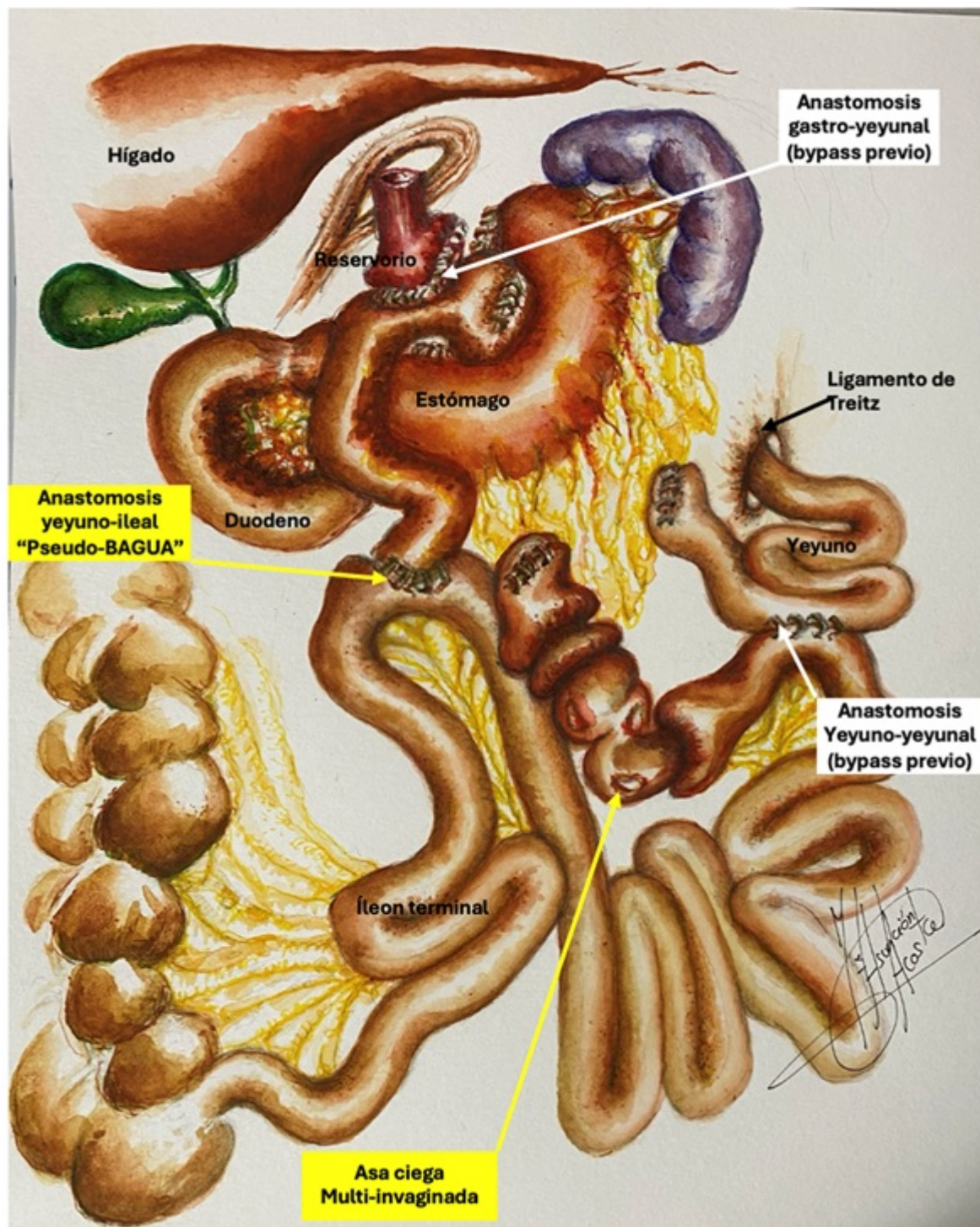
Márquez Gutiérrez, Náyade; Acosta Mérida, M.^a Asunción; Casimiro Pérez, José A.; Ortiz López, David; Bañolas Suárez, Raquel; Brito Pérez, Zaida; Fernández Quesada, Carlos; Piñero González, Luis

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: La invaginación intestinal en adultos representa menos del 5% de todas las invaginaciones y aproximadamente el 1% de las causas de obstrucción intestinal. A diferencia de la población pediátrica, en adultos suele estar asociada a una causa estructural subyacente, frecuentemente de origen quirúrgico o neoplásico. En pacientes sometidos a cirugía bariátrica, especialmente tras *bypass* gástrico, la invaginación puede constituir una complicación tardía con presentación clínica inespecífica. Presentamos un caso de invaginación yeyuno-yeyunal en el contexto de cirugía de conversión a *bypass* gástrico de una anastomosis (BAGUA)

Caso clínico: Mujer de 52 años, con antecedentes de obesidad mórbida intervenida mediante *bypass* gástrico en 2005 y conversión a BAGUA en 2023 por reganancia de peso, con buena respuesta ponderal posoperatoria. Acude al servicio de urgencias por dolor abdominal tipo cólico de tres semanas de evolución, acompañado de náuseas, escasa tolerancia oral y episodios de deposiciones oscuras. La paciente había sido evaluada previamente en varias ocasiones, y se había diagnosticado de sobrecrecimiento bacteriano. Al examen físico: paciente afebril, tensión arterial 115/85 mmHg, taquicárdica (FC 152 lpm), eupneica. Abdomen excavado, con dolor a la palpación profunda en hipocondrio y flanco izquierdo, donde se palpa una masa dolorosa, sin signos de defensa. En la analítica destaca: leucocitosis ($12.800/\text{mm}^3$) con neutrofilia (77%), proteína C reactiva 210 mg/L, hemoglobina 12,4 g/dL, y procalcitonina 2,16 ng/mL. La tomografía computarizada revela cambios quirúrgicos compatibles con *bypass* gástrico, presencia de múltiples suturas intestinales y una imagen de invaginación intestinal extensa que compromete gran parte del mesenterio tributario. Se observa dilatación retrógrada de asas yeyunales hasta 6,2 cm, líquido intrainvaginación y captación dudosa de contraste, compatible con hipoperfusión de la pared, sin neumoperitoneo ni neumatosis parietal. Ante estos hallazgos se decide laparotomía urgente. Se objetiva técnica de BAGUA modificada, con asa biliopancreática de 475 cm, asa común de 155 cm y remanente ciego distal del asa alimentaria del *bypass* gástrico previo de 95 cm. En dicha asa ciega se encontraban varios puntos de invaginación con signos de isquemia y áreas de necrosis transmural. Se realizó resección intestinal del segmento afecto. La evolución posoperatoria fue favorable, siendo dada de alta al 7.º día posoperatorio, sin complicaciones.



Discusión: La invaginación yeyuno-yeyunal es una complicación poco común pero bien documentada en pacientes con antecedentes de cirugía bariátrica, en particular *bypass* gástrico en Y de Roux o sus variantes. El mecanismo fisiopatológico postulado incluye alteraciones en la motilidad intestinal, cambios anatómicos y la presencia de suturas o puntos de anastomosis que pueden actuar como punto de tracción. El diagnóstico es clínicamente desafiante debido a la inespecificidad de los síntomas y la cronología subaguda de la presentación. La tomografía computarizada es la herramienta diagnóstica de elección, permitiendo no solo confirmar la invaginación, sino también valorar su extensión y complicaciones como la isquemia. El conocimiento exacto de la técnica bariátrica subyacente es fundamental para sospechar, comprender y realizar el manejo terapéutico adecuado. La intervención quirúrgica sigue siendo el tratamiento estándar, especialmente ante la sospecha de compromiso vascular, como en el presente caso.