



V-023 - OCLUSIÓN DEL PIE DE ASA TRAS BYPASS GÁSTRICO ROBÓTICO. RESECCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE ANASTOMOSIS

Oubiña García, Raquel; Otalora Mazuela, Leire; Castrodá Copa, David; Pascual Gallego, Miguel Ángel; Tamayo Webster, David Esteban; Pérez Corbal, Lara; Brox Jiménez, Antonia; Parajó Calvo, Alberto

Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra.

Resumen

Introducción: El antecedente de una cirugía bariátrica puede ser determinante a la hora de realizar un diagnóstico en un paciente con un cuadro abdominal agudo. Estos pacientes, no son comparables a los pacientes normopeso y su comportamiento en el posoperatorio inmediato, por su menor reserva funcional y forma de presentación diferente de las complicaciones. Por ello, presentamos un caso de resección y reconstrucción del pie de asa por oclusión del mismo en un paciente con antecedente de un *bypass* gástrico en Y de roux robótico.

Caso clínico: Varón de 54 años intervenido de un *bypass* gástrico robótico, sin incidencias, dado de alta al tercer día posoperatorio. A los 10 días de la intervención, acude a urgencias por imposibilidad para la deglución y náuseas. Se realiza un TC abdominal en el que se objetiva una dilatación del asa alimentaria hasta el pie de asa. Se realiza cirugía urgente, identificando una dilatación de toda el asa alimentaria hasta el pie de asa, sin dilatación del reservorio gástrico. A nivel del pie de asa, se objetiva una torsión del asa alimentaria sobre el meso que condiciona un cambio de calibre. Se realiza liberación e individualización cuidadosa de las tres asas: alimentaria, biliar y común. Dada la imposibilidad para liberación completa del pie de asa por encontrarse adherido íntimamente al meso adyacente, se decide resección del mismo y nueva reconstrucción. Se secciona en primer lugar el asa alimentaria y a continuación se seccionan el asa biliar y asa común (previo marcaje de las mismas). Para la reconstrucción se confecciona anastomosis entre el asa alimentaria y el asa común y posteriormente, anastomosis entre el asa biliar y el asa común, 10 cm distal a la anastomosis previa. El paciente evolucionó de manera favorable, con antibioterapia de amplio espectro. Actualmente se encuentra asintomático y con buena tolerancia a dieta.

Discusión: La cirugía bariátrica es una cirugía segura, con una tasa de morbimortalidad muy baja. Sin embargo, es necesario conocer que la oclusión intestinal en estos pacientes es habitualmente una urgencia quirúrgica, con rápida evolución a isquemia intestinal o dehiscencia anastomótica por aumento de la presión endoluminal si no se resuelve precozmente, por lo que debe realizar una identificación y tratamiento precoz de la causa por un equipo especializado. Por ello, presentamos este caso, con una complicación poco frecuente de un *bypass* gástrico en Y de roux, en el que es necesario realizar una nueva reconstrucción del pie asa para evitar las complicaciones previamente descritas.