



P-440 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR HERNIA INCARCERADA TRAS BYPASS GÁSTRICO: 2 CASOS RESUELTOS CON IMPORTANTE MORBILIDAD

Gil Rendo, Aurora; Núñez Guerrero, Paloma; Bertelli Puche, José Luis; Alberca Paramo, Ana; Sánchez Forero, Juan Alberto; Martínez de Paz, Fernando; Menchén Trujillo, Bruno; Martín, Jesús

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Resumen

Introducción: La reparación de las hernias de pared abdominal en los pacientes obesos mórbidos que se someten a cirugía bariátrica continúa siendo un tema de debate. Unos defienden la reparación herniaria simultánea a la cirugía bariátrica y otros proponen dividir el epiplón, manteniendo en el interior de la hernia el segmento de epiplón encarcerado y reparar la hernia en un segundo tiempo tras la pérdida de peso. Una hernia de pared no tratada puede complicarse en el postoperatorio del bypass y generar una obstrucción intestinal aguda (OIA) y como consecuencia una dehiscencia de suturas e importante morbimortalidad secundaria.

Casos clínicos: Caso 1. Mujer de 42 años (IMC 49) con hipertensión, dislipemia y SHAS que presenta una eventración de trócar de una colecistectomía previa y se somete a un bypas gástrico. En el acto quirúrgico se realiza la adhesiolisis epiploica del saco herniario sin reparar la hernia en el mismo procedimiento. En el postoperatorio desarrolla una OIA con encarceración del íleon en el orificio herniario y una dehiscencia del pie de asa de la Y de Roux. Precisa hasta seis reintervenciones por dehiscencia de anastomosis yeyuno-yeyunal e ileal y por colecciones intraabdominales. Es necesaria la realización de una ileostomía terminal temporal. Actualmente ya se ha procedido a la reconstrucción del tránsito intestinal con éxito. Caso 2. Mujer de 58 años (IMC 50) con SHAS, hipertensión y artrosis, sometida a gastrectomía tubular cinco años antes (IMC: 58). Presenta una eventración del trócar supraumbilical. Por reganancia se le realiza un bypass gástrico distal y se reduce el epiplón de la hernia umbilical. En el postoperatorio presenta una OIA que precisa cirugía urgente el cuarto día postoperatorio. En la reintervención presenta un segmento de íleon viable encarcerado en la hernia que condiciona una obstrucción y dilatación intestinal retrógrada con fuga del pie de asa de la Y de Roux y un bilioperitoneo. Se repara la anastomosis yeyuno-yeyunal y la hernia. En el postoperatorio precisa de varias reintervenciones más por dehiscencia del pie de asa. Finalmente se aboca a piel el asa biliar (yeyunostoma) y se anastomosa el asa alimentaria al yeyuno distal. La paciente permanece ingresada tres meses con soporte nutricional (NPT) y múltiples complicaciones sépticas derivadas de la herida y la vía central (sepsis y endocarditis que requiere recambio valvular). Se reconstruye con éxito el tránsito intestinal presentando actualmente un laparostoma con curas de vacío en su domicilio.

Discusión: La morbilidad que puede generar la oclusión intestinal aguda por encarceración herniaria en el postoperatorio de un bypass gástrico es muy alta. La reparación mediante cierre primario y malla biológica es muy recomendable en estos pacientes. Concluimos que se debe plantear la eventroplastia concomitante a la cirugía bariátrica y si no es posible o conlleva mucho riesgo de infección, tratar de mantener el anillo herniario bloqueado con el epiplón encarcerado para evitar la OIA en el postoperatorio.