



P-493 - ISQUEMIA INTESTINAL TARDÍA TRAS BYPASS GÁSTRICO: MEJOR METER AL TAC QUE METER LA PATA

González, Paula; Payá, Carmen; Santarrufina, Sandra; Sebastián, Juan Carlos; Navarro, Sergio; Díez, José Ángel; Planells, Manuel; Armañanzas, Ernesto

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Resumen

Introducción: La obesidad mórbida es un problema de salud muy prevalente en la actualidad. La cirugía bariátrica ha demostrado su eficacia y seguridad en el tratamiento de estos pacientes, logrando disminuir su morbilidad. El bypass gástrico ha sido el procedimiento bariátrico más realizado; actualmente, representa el 47% de todas las intervenciones. Presenta una baja tasa de complicaciones. La invaginación intestinal es rara (menos del 0,4%), y suele ocurrir en los primeros 1-3 años. La clínica consiste en dolor abdominal cólico, náuseas y vómitos. La rectorragia y palpación de una masa abdominal son infrecuentes. El abdomen no presenta signos de irritación peritoneal hasta la perforación por necrosis. El TC es la prueba de imagen de elección, ofreciendo una imagen típica en “diana”.

Caso clínico: Paciente mujer de 25 años con antecedente de bypass gástrico laparoscópico hace 5 años con marcada pérdida de peso. Acude a urgencias por dolor mesogástrico cólico de 12 horas de evolución, asociando vómitos. A la exploración clínica, las constantes están mantenidas, y el abdomen es doloroso a la palpación en mesogastro, sin signos de irritación peritoneal. La analítica no presenta alteraciones, tampoco la radiografía ni la ecografía abdominales. Tras mejoría del dolor con analgesia es dada de alta. La paciente regresa horas más tarde por dolor abdominal generalizado intenso. En la nueva analítica destaca: lactato de 3,6 mmol/l y 17.500 leucocitos. La exploración sigue sin presentar signos de irritación peritoneal. Se realiza un TC con contraste intravenoso que revela signos de oclusión intestinal en asa cerrada. Se decide intervención quirúrgica, que se inicia por laparoscopia pero ante la marcada dilatación de asas, se decide conversión a laparotomía infraumbilical. En la cirugía se encuentra una invaginación intestinal en yeyuno, distal al pie de asa. Al final de la misma se encuentra una sutura mecánica circular que no pertenece al pie de asa y actúa como cabeza de invaginación. Tras la reducción del asa se observa isquemia de 20 cm de yeyuno, que se resecan. La paciente evoluciona favorablemente, sin complicaciones.



Figura 1. 1) Corte axial de TC en el que se observa el signo de “la diana”. 2) y 3) Fotografías intraoperatorias mostrando la invaginación intestinal y la isquemia del asa tras su reducción.

Discusión: Debido a la creciente demanda en la cirugía bariátrica y el aumento del número de intervenciones realizadas es de esperar que el cirujano encuentre más complicaciones de estos procedimientos en la Urgencia, con las que debe estar familiarizado. La invaginación ocurre habitualmente tras la anastomosis yeyuno-yejunal del pie de asa ya que ésta actuaría como cabeza de invaginación. En nuestro caso destaca que la causa de la invaginación no se debía al pie de asa, sino a una sutura distal a la misma, con lo que posiblemente la causa sea iatrogénica. Una exploración física sin alteraciones, una analítica anodina y una radiografía o incluso una ecografía sin alteraciones no debe hacernos descartar complicación en estos pacientes. La elevación del lactato indica retraso diagnóstico y gravedad. Ante clínica abdominal en un paciente con antecedente de cirugía bariátrica debería solicitarse un TC con contraste de manera urgente. Un retraso diagnóstico de 72h alcanza tasas de mortalidad del 50%. El tratamiento debe ser quirúrgico y debe realizarse lo antes posible.