



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-452 - RECONVERSIÓN ANATÓMICA DE *BYPASS* GASTROYEYUNAL TRAS ISQUEMIA INTESTINAL MASIVA SECUNDARIA A HERNIA INTERNA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Marañés Azulay, Raquel; Vilela, Irene; Vila, Cristina; Niebla, Jennifer; Nicolás, Sara; Pérez, Antonio; Moneva, Enrique; Barrera, Manuel

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife.

Resumen

Introducción: La hernia interna es una de las complicaciones más graves del *bypass* gástrico en Y de Roux (RYBG), siendo la causa más frecuente de oclusión intestinal en este grupo de pacientes. La incidencia varía del 1 al 5%, siendo el factor desencadenante el ojal mesentérico no suturado o la apertura del mismo tras una pérdida de peso significativa, lo que produce un agrandamiento de los posibles espacios herniarios. Los síntomas son inespecíficos, siendo lo más importante el diagnóstico precoz.

Caso clínico: Varón de 45 años con antecedente personal de RYGB hace 15 años que acude al servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal de inicio brusco asociado a inestabilidad hemodinámica. A la exploración física destaca abdomen en tabla. Analíticamente 36.000 leucocitos, PCR de 6,33 y láctico de 4,6. Se realiza TAC *total body*, objetivando isquemia masiva con hipoperfusión generalizada de todo el paquete intestinal. Se decide llevar a quirófano urgente, accediendo por laparotomía media, objetivando isquemia intestinal masiva de 5,10 metros de intestino delgado secundaria a hernia interna por ojal del asa biliopancreática. Dada la inestabilidad hemodinámica perioperatoria del paciente, se decide realizar una cirugía de control de daños con resección del intestino afecto y colocación de sistema de vacío para 2º *look*. A las 48 horas posoperatorias, se realiza 2º *look*, objetivando cabos viables sin datos de isquemia local. Se contabiliza el total de intestino viable restando 50 cm de asa biliopancreática y 120 cm de asa alimentaria. Dada la longitud total restante y con el fin de minimizar los problemas malabsortivos secundarios a intestino corto, se decide reconversión anatómica del *bypass* gastroyeyunal. Posteriormente el paciente presenta buena evolución clínica y es dado de alta al 6º día posoperatorio.

Discusión: La técnica de reversión del *bypass* gástrico se caracteriza por devolver la anatomía de los pacientes intervenidos por RYGB. Normalmente está indicado en aquellos pacientes que presenten complicaciones posoperatorias como síndrome de dumping, problemas malabsortivos o de malnutrición severa, con el fin de aumentar la función absortiva. En nuestro caso, nos vemos obligados a realizar reversión del *bypass* gástrico con el fin de prevenir estos problemas malabsortivos dado la escasa cantidad de intestino viable secundario a la resección masiva de 5 metros de longitud debido a la isquemia instaurada. En conclusión, la reversión del RYGB es una técnica que debe considerarse en un determinado grupo de pacientes en los que no haya respuesta ante el manejo conservador, planteando la cirugía como medida definitiva.