

Cartas científicas

Vómitos, embarazo y bypass gástrico: ¿emergencia bariátrica?



Vomiting, pregnancy and gastric bypass: A bariatric emergency?

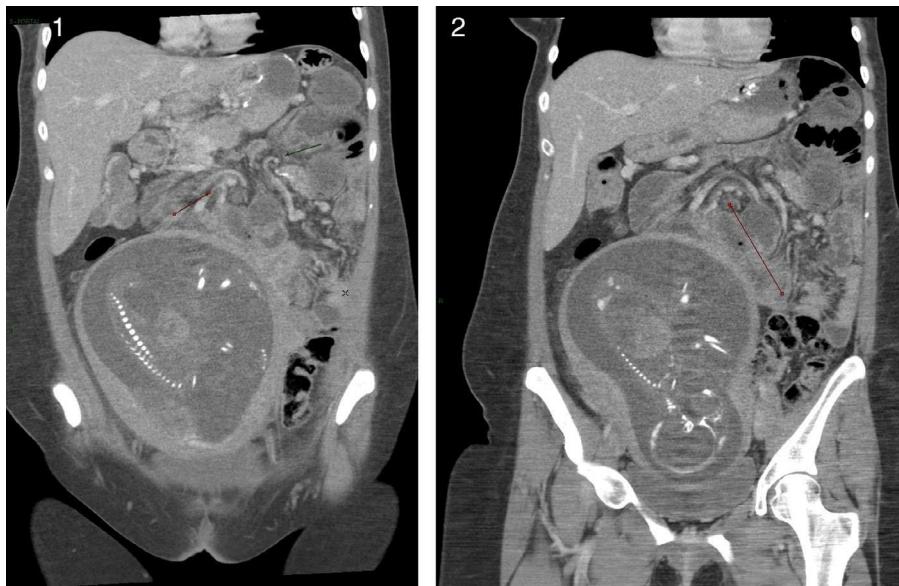
Presentamos el caso de una mujer de 35 años, con bypass gástrico laparoscópico desde 15 meses antes, con un 70% de PSP. Acude a Urgencias en su 6.^o mes de gestación (23 semanas), tras alta previa 5 días antes con diagnóstico de hiperemesis gravídica, por persistencia de vómitos con afectación del estado general. En la analítica practicada no hay alteraciones relevantes (incluyendo PCR y CPK). Y se solicita Rx de abdomen que muestra escasos niveles hidroáereos de delgado localizados en hipocondrio izquierdo, catalogándose el cuadro de obstrucción intestinal por bridas e iniciándose manejo conservador con reposo intestinal y SNG durante 48 h. Se procede a nueva valoración obstétrica mediante ecografía en el ingreso que pone de manifiesto una hemorragia fetal masiva en el SNC, por lo que la familia solicita interrupción voluntaria del embarazo. Ante el empeoramiento clínico y analítico (leucocitosis de 13.000 e hipopotasemia asociada), y dada la situación evolutiva de la gestación, se solicita TAC urgente, que muestra hernia interna transmesentérica de probable contenido yeyunal, con signos de oclusión intestinal y posible sufrimiento intestinal (*figs. 1 y 2*). Por lo que se plantea laparoscopia exploradora, que pone de manifiesto hernia interna a través del espacio de Petersen, con asa alimentaria estrangulada con parcheado necrótico, lo que finalmente nos obliga a convertir a cirugía abierta y resecar el asa alimentaria y confeccionar un nuevo bypass con 30 cm de asa biliar y 50 cm de asa alimentaria. El postoperatorio de la paciente cursó sin incidencias, programándose la interrupción voluntaria del embarazo a los 10 días de la laparotomía. Fue dada de alta a los 15 días de ambos procedimientos.

Es bien conocido que la hernia interna es una de las complicaciones tardías más temidas tras cirugía bariátrica. A pesar de que el abordaje laparoscópico sea hoy el *gold standard*, presenta un mayor riesgo de desarrollo de las mismas debido al menor desarrollo de adherencias entre asas. Su incidencia tras bypass gástrico laparoscópico ha alcanzado hasta el 10% en sus comienzos^{1,2}. Sin embargo actualmente se ha reducido considerablemente hasta el 0,2%, gracias a su confección antecólica y a la recomendación de cerrar todos los defectos

creados con sutura irreabsorbible^{3–7}. Suelen aparecer a los meses de la intervención y su desarrollo se encuentra en relación directa con la pérdida de peso, al aumentar el tamaño de los defectos mesentéricos creados durante la cirugía. La mujer embarazada se encuentra en especial situación de riesgo, ya que el aumento progresivo de la presión intraabdominal que condiciona el estado grávido contribuye al desplazamiento de las asas de intestino por los defectos mesentéricos existentes⁸.

Es necesario un elevado índice de sospecha para su diagnóstico y resolución precoz, mediante la simple reducción del contenido herniado y posterior cierre de la brecha sin necesidad de resecciones intestinales innecesarias. Es por ello que la presencia de dolor abdominal o síntomas obstructivos en todos los pacientes operados mediante cirugía bariátrica, y especialmente en las mujeres embarazadas con antecedentes de cirugía bariátrica, debe hacernos pensar en la posibilidad de una hernia interna, ya que inicialmente la sintomatología es vaga y las pruebas analíticas pueden ser normales o mostrar hallazgos inespecíficos, como ocurrió en nuestra paciente. Es necesaria una actitud agresiva en el manejo de la misma si no queremos padecer consecuencias nefastas por la demora en su tratamiento, que puede condicionar la perforación del asa herniada hasta en el 9,1% de los casos y, secundariamente, la muerte del paciente (1,6%)⁴. La literatura muestra, en el caso concreto de la mujer gestante, un elevado riesgo de muerte materna que alcanza el 9% y de muerte fetal de hasta un 13,6%⁸.

La realización de una TC abdominal es la mejor modalidad de diagnóstico para detectar la presencia de hernia interna tras bypass gástrico⁹, sin embargo, en el caso concreto de la paciente embarazada, deberemos sopesar el momento gestacional en que nos encontramos, y valorar riesgos/beneficios de la radiación ionizante sobre el feto (menor en tercer trimestre). En estas circunstancias no debemos olvidar que la laparoscopia exploradora realizada de forma precoz juega un papel fundamental tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico, siendo factible en cualquier trimestre del



Figuras 1 y 2 – TAC abdomen c/c iv: útero gestante de 23 semanas. Hernia interna transmesentérica de probable contenido yeyunal. Detalle de imagen característica de remolino a nivel de mesenterio y aglomeración de asas de delgado en hipocondrio izquierdo, con signos de oclusión intestinal y posible sufrimiento intestinal.

embarazo con escaso riesgo, en manos expertas, tanto para la madre como para el feto. Debe ser tenida en cuenta siempre en caso de duda, sobre todo durante el primer y segundo trimestres, periodos en los cuales el riesgo de aborto y malformación fetal derivados de la radiación son mayores¹⁰.

B I B L I O G R A F Í A

1. Ahmed AR, Rickards G, Husain S, Johnson J, Boss T, O'Malley W. Trends in internal hernia incidence after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg.* 2007;17:1563-6.
2. Iannelli A, Facchiano E, Gugenheim J. Internal hernia after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity. *Obes Surg.* 2006;16:1265-71.
3. Steele KE, Prokopowicz GP, Magnuson T, Lidor A, Schweitzer M. Laparoscopic antecolic Roux-en-Y gastric bypass with closure of internal defects leads to fewer internal hernias than the retrocolic approach. *Surg Endosc.* 2008;22: 2056-61.
4. Higa KD, Ho T, Boone KB. Internal hernias after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: Incidence, treatment and prevention. *Obes Surg.* 2003;13:350-4.
5. Higa K, Boone K, Arteaga González I, López-Tomassetti Fernández E. Mesenteric closure in laparoscopic gastric bypass: Surgical technique and literature review. *Cir Esp.* 2007;82:77-88.
6. Koppman JS, Li C, Gandsas A. Small bowel obstruction after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: A review of 9527 patients. *J Am Coll Surg.* 2008;206:571-84.
7. Podnos YD, Jimenez JC, Wilson SE, Stevens CM, Nguyen NT. Complications after laparoscopic gastric bypass: A review of 3464 cases. *Arch Surg.* 2003;138:957-61.
8. Internal hernias in pregnant women with history of gastric bypass surgery: Case series and review of the literature. *Int J Case Rep.* 2012;4:44-7.
9. Ahmed AR, Rickards G, Johnson J, Boss T, O'Malley W. Radiological findings in symptomatic internal hernias after laparoscopic gastric bypass. *Obes Surg.* 2009;19:1530-5.
10. Guidelines for diagnosis, treatment, and use of laparoscopy for surgical problems during pregnancy. *Surg Endosc.* 2008;22:849-61.

María Socas Macías^{ab*}, Julio Reguera Rosal^{ab}, Isaías Alarcón del Agua^{ab}, Herminia Pérez Vega^{ab} y Salvador Morales-Conde^{ab}

^aUnidad de Innovación en Cirugía Mínimamente Invasiva y Cirugía Bariátrica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^bUnidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(M. Socas Macías\).](mailto:mariasocasmas@hotmail.com)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.02.014>

0009-739X/© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.