

Utilidad de la gastrostomía percutánea en el tratamiento de la oclusión intestinal en pacientes intervenidos de bypass gastrointestinal por obesidad mórbida.

Rodríguez C, Moreno FJ, Rodríguez A, Gallego JL, Bondía JA, Santoyo J.

Hospital Regional Universitario de Málaga (Carlos Haya)

✉ cristinars86@gmail.com

Resumen: El bypass gastroyeyunal laparoscópico es una de las principales técnicas utilizadas en cirugía bariátrica, sin embargo, representa un desafío técnico en cuanto al manejo del remanente gástrico excluido, que en ocasiones, precisa un acceso directo. Presentamos un caso clínico en el que se realizó un abordaje endoscópico a través de una gastrostomía percutánea para acceder al estómago excluido.

Palabras clave: Gastrostomía percutánea; oclusión intestinal; bypass gastroyeyunal

Abstract: Laparoscopic gastric bypass is one of the main techniques used in bariatric surgery. However, represents a technical challenge in the management of the excluded gastric remnant, which sometimes requires a shortcut. We report a case in which an endoscopic approach was performed through a percutaneous gastrostomy to access the excluded stomach.

Introducción

El bypass gastroyeyunal laparoscópico, una de las principales técnicas más utilizadas en cirugía bariátrica, representa un desafío técnico en lo que se refiere a la exploración del remanente gástrico, cuyo acceso está indicado en diversas circunstancias, siendo un procedimiento diagnóstico y terapéutico al mismo tiempo. A continuación presentamos un caso clínico, en el que se pone de manifiesto la necesidad de realizar gastrostomía percutánea en la oclusión intestinal postcirugía bariátrica.

Caso Clínico

Mujer de 47 años, intervenida de cirugía bariátrica hace 2 años (derivación biliopancreática). La paciente fue intervenida de estenosis de canal medular y al segundo día postoperatorio presentó distensión abdominal, náuseas con vómitos de aspecto bilioso y ausencia de tránsito intestinal. Los meses previos refería cuadros frecuentes de dolor abdominal de tipo cólico asociado a intolerancia alimentaria.

A la exploración la paciente se encontraba afebril, con gran débito de aspecto bilioso a

través de sonda nasogástrica y abdomen con importante irritación peritoneal en todos los cuadrantes. En TC de abdomen se evidenció gran dilatación del remanente gástrico así como del asa biliopancreática, con abundante líquido retenido, y pequeña cantidad de líquido libre subhepático y gotiera parietocólica derecha. La analítica revelaba leucocitosis con neutrofilia, así como elevación de la PCR.

Ante los hallazgos clínico-radiológicos y analíticos se realizó laparotomía exploradora urgente, objetivándose peritonitis biliar difusa y gran dilatación de intestino delgado incluido el asa biliopancreática, secundaria a una oclusión por adherencias a nivel de FID. Se realizó resección de aproximadamente 30 cm de intestino delgado y reconstrucción del tránsito con anastomosis ileo-ileal manual isoperistáltica bicapa.

En el postoperatorio inmediato, presentó deterioro clínico brusco con dolor abdominal difuso, taquipnea y elevación de parámetros analíticos inflamatorios. En TC de abdomen se descartó fuga anastomótica, y se evidenció gran dilatación del asa biliopancreática y del remanente gástrico excluido, siendo parcialmente funcional la sonda

nasogástrica. Ante los hallazgos se decide la realización de gastrostomía percutánea de descarga por parte de Radiología vascular, mejorando el cuadro clínico y lográndose la descompresión completa del tubo digestivo.

La evolución de la paciente fue favorable: presentó íleo postoperatorio prolongado, disminuyendo progresivamente el débito a través de la gastrostomía, reinstaurándose la alimentación vía oral. Tras comprobar tolerancia al pinzamiento de sonda de gastrostomía y ante la buena respuesta, es alta a domicilio en 15^o día postoperatorio.

Conclusión

En las reintervenciones por oclusión intestinal en pacientes que tienen realizado bypass gástrico yeyunal o derivación biliopancreática por obesidad mórbida, la sonda nasogástrica no permite la descompresión completa del intestino delgado, siendo la gastrostomía percutánea la que consigue descomprimir el remanente gástrico y el asa biliopancreática, constituyendo un procedimiento seguro y bien tolerado por los pacientes.

Bibliografía

1. Bibyan, M et al. Percutaneous drainage of gastric remnant dilatation after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Asian J Endosc Surg.* 2012 May;5(2):78-80.
2. Bibyan, M et al. Percutaneous drainage of gastric remnant dilatation after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2010 Oct;20(5):299-305.
3. Petsas, T et al. The role of CT-guided percutaneous gastrostomy in patients with clinically severe obesity presenting with complications after bariatric surgery. *AJR Am J Roentgenol.* 2004 Nov;183(5):1431-5.
4. Noshier, JL et al. Percutaneous gastrostomy for treating dilatation of the bypassed stomach

after bariatric surgery for morbid obesity. *AJR Am J Roentgenol.* 2004 Nov;183(5):1431-5.



Figura 1:



Figura 2: