



Coexistencia de dos complicaciones frecuentes tras Bypass Gástrico

Bellón M, Zubiaga L, Díaz-Lara C, Díez M, Giner L, Calpena R.

Hospital General Universitario de Elche

✉ martha_23@hotmail.com

Resumen: Actualmente el bypass gástrico se considera la técnica “*gold standard*” para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Esta técnica ofrece buenos resultados a largo plazo así como escasa morbimortalidad. Algunas de las complicaciones derivadas de esta técnica son: fugas, úlceras marginales o estenosis de la anastomosis, sangrado o hernias internas, entre otras.

Presentamos el caso de un varón de 40 años con bypass gástrico que acude a urgencias de nuestro centro por dolor en hemiabdomen izquierdo asociado a un episodio emético. Análítica sanguínea sin cambios y en la Tomografía Axial Computarizada (TAC) abdominopélvica se describe imagen en “diana” con meso y asa intestinal invaginados en un corto segmento de intestino delgado.

Según los datos clínicos y los hallazgos en la prueba de imagen se decidió revisión laparoscópica urgente. Intra-operatoriamente se observa una invaginación del asa alimentaria en su tercio medio, con ligero compromiso vascular de las asas colindantes. Al indagar sobre el compromiso vascular se observa la presencia de una hernia interna de Petersen, a través de la cual ha girado todo el paquete intestinal, resultando en la torsión completa del mesenterio.

Palabras clave: bypass gástrico, hernia interna, intususcepción.

Abstract: Currently, gastric bypass is considered the “*gold standard*” technique for the surgical treatment of morbid obesity. This technique offers good long-term results and low morbidity and mortality. Some of the complications of this technique are: leak, marginal ulcers or stenosis of the anastomoses, bleeding or internal hernias, among others.

We report the case of 40 years old man with previous gastric bypass, attended in the emergency room of our hospital for pain in the left abdomen associated with an vomit. Blood tests were within normal limits and Computed Tomography (CT) showed a donut sign and intestinal intussusception in a short segment of the small intestine.

According to clinical data and findings in the imaging, urgent explorative laparoscopy was decided. Intra-operatively, an intussusception of the middle third of alimentary limb was observed, with slight vascular involvement of adjacent loops. During the investigation for the presence of vascular compromise an internal Petersen hernia was observed. The small bowel passed through the hernia, and was wrapped around its mesentery, resulting in complete mesenteric torsion.

Introducción

Actualmente el bypass gástrico se considera la técnica “*gold standard*” para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Esta técnica ofrece buenos resultados a largo plazo así como escasa morbimortalidad.¹ Algunas de las complicaciones derivadas de esta técnica son: fugas, úlceras marginales o estenosis de la anastomosis, sangrado o hernias internas, entre otras.²

Otra complicación, de menor incidencia, es la intususcepción o invaginación intestinal, aunque la incidencia se encuentra en aumento debido al mayor número de cirugías de la obesidad mórbida en las últimas décadas. El mecanismo de producción de esta condición no está claramente descrito, pero se ha informado una asociación con el cambio de motilidad intestinal que se produce en el nuevo circuito intestinal.³ La intususcepción después de un bypass

gástrico en Y de Roux suele aparecer entre 1-3 años posteriores a la cirugía.⁴ El diagnóstico temprano es fundamental para llevar a cabo una intervención de urgencia ya que si se realiza en las primeras 48 horas la mortalidad oscila en torno al 10% mientras que si se lleva a cabo pasadas las primeras 48 horas la mortalidad asciende hasta el 50%. La tríada clínica de esta patología se basa en la presencia de dolor, vómitos y masa palpable.⁵ Resulta complicado llegar al diagnóstico de intususcepción intestinal con los datos clínicos, de modo que a menudo es necesario llevar a cabo una prueba de imagen, generalmente TAC.^{5,6}

El tratamiento de la intususcepción puede estar limitado a la reducción de la misma si el segmento es viable, mientras que la resección del segmento afecto es obligada si existe necrosis o perforación del asa. En muchos casos se recomienda la resección de entrada, ya que reduce la recurrencia.⁷

Por otra parte, la hernia interna post-bypass gástrico puede presentarse como una patología de urgencia, requiriendo en la mayoría de las ocasiones exploración quirúrgica, ya sea vía abierta o vía laparoscópica. La mayoría de los pacientes con dicha patología presentan clínica de obstrucción intestinal, desarrollando síntomas como dolor abdominal asociado a sensación nauseosa y episodios eméticos, mientras que los datos analíticos pueden permanecer dentro de los parámetros de la normalidad.^{8,9} El dolor abdominal es el síntoma más común en los pacientes con hernia interna post bypass gástrico, seguidos de síntomas de oclusión como náuseas y/o vómitos.¹⁰ La mayoría de los estudios revisados informan de que el diagnóstico de la hernia interna puede ser complejo porque los signos y síntomas pueden ser sutiles y por tanto pasar desapercibidos. Por tal motivo, para llegar al diagnóstico se requiere la realización de pruebas de imagen como el tránsito gastrointestinal alto con contraste oral o el TAC.⁹

Se ha descrito un porcentaje mayor de hernias internas en pacientes intervenidos de bypass gástrico vía laparoscópica en comparación con aquellos pacientes intervenidos por vía abierta. Incluso con el cierre del defecto mesentérico las hernias ocurren hasta en un 9%.

En el estudio de Comeau et al. en 2005¹⁰ se informa que la incidencia de hernia interna era prácticamente nula, cuando el ascenso del asa alimentaria se realizaba de forma antecólica. No obstante, cuando el asa se asciende de forma transmesocólica la incidencia de hernia interna asciende al 2.6%. La frecuencia de hernia interna en cada una de las técnicas será menor si se lleva a cabo una atención meticulosa en el cierre del defecto mesentérico, siendo fundamental tener en cuenta la posible pérdida de peso posterior en estos pacientes obesos.¹¹

Pacientes y métodos

Presentamos el caso de un paciente varón de 40 años portador de bypass gástrico. El paciente, sin antecedentes médicos de interés, fue sometido a cirugía bariátrica en otro centro hospitalario 5 años antes. Acude al Servicio de Urgencias por episodio de dolor abdominal de fuerte intensidad, de 24 horas de evolución en hemiabdomen izquierdo, acompañado de sensación nauseosa y un episodio emético. Afebril en todo momento. A la exploración física, abdomen doloroso con signos de irritación peritoneal y defensa abdominal. No se palpan masas ni megalias. Se realiza analítica sanguínea donde no se objetivan alteraciones en los reactantes de fase aguda.

Se solicita TAC abdomino-pélvico que informa de una imagen en “diana” con meso y asa intestinal invaginados en un corto segmento de intestino delgado en vecindad de una sutura metálica, con asas intestinales previas de calibre discretamente aumentado (27mm) con líquido en su luz y colapso de las asas distales. Con el resultado de las pruebas de imagen y la clínica que presenta el paciente se decide intervención quirúrgica de urgencia.

Resultados

Se inicia la cirugía con laparoscopia exploradora donde se observa una invaginación del tercio medio del asa alimentaria sobre sí misma, con ligero compromiso vascular de las asas colindantes. Al indagar sobre el compromiso vascular de las asas se observa la presencia de una hernia interna de Petersen, a través de la cual ha girado todo el paquete intestinal, resultando en la torsión completa del mesenterio. (Fig1) Debido a este hallazgo se reconvierte a laparotomía para lograr des-torsionar todo el paquete intestinal con seguridad. (Fig2) No se llevó a cabo resección del segmento afecto de la invaginación por la inexistencia de compromiso vascular en el asa, y porque se supuso que la torsión intestinal era la causa de esta complicación. Seguidamente se realizó cierre del defecto mesentérico. Tras cuatro días de ingreso hospitalario, en el que presenta buena evolución y tolerancia a alimentación oral sin la existencia de complicaciones en el postoperatorio inmediato, es dado de alta.

Discusión

Ante cualquier paciente intervenido de cirugía bariátrica, con sintomatología similar al nuestro, las guías de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO)⁸ recomiendan realizar un intensivo diagnóstico diferencial, y aunque las pruebas paraclínicas no sean concluyentes se debe realizar revisión en quirófano.

En nuestro caso, pensamos que el problema inicial fue el defecto mesentérico que no fue cerrado en la cirugía primaria del bypass. Hoy día aún existen grupos quirúrgicos que defienden no cerrar el defecto mesentérico que se genera en el bypass gástrico, ya que opinan que dejar un defecto amplio no conlleva a herniación o estrangulación de las asas intestinales. Sin embargo, otros grupos defienden que todo defecto mesentérico debe cerrarse de forma exhaustiva, pues



las complicaciones pueden ir más allá de una mera herniación.^{1,8}

En relación a nuestro caso, pensamos que en el paciente, tras perder importante cantidad de peso (IMC actual de 28), la disminución del calibre de los mesos permitió la gran movilidad del paquete intestinal, hasta el punto que el mismo terminó por trasladarse al completo a través de la hernia, y ello produjo la torsión mesentérica. Esta torsión a su vez explica el compromiso vascular (sobre todo de vasos linfáticos) de las asas, y muy probablemente la invaginación en el asa alimentaria. Por lo tanto, el paquete intestinal y el meso torsionado por efecto de la gravedad, ha debido estirar del asa alimentaria y modificar su marcapasos interno.

En consecuencia probablemente las ondas anterógradas del peristaltismo intestinal se hallan visto alteradas y está descrito que ello es una condición para que se produzcan las invaginaciones.⁴⁻⁶ Por este motivo, en el caso presentado, consideramos que para el tratamiento de la invaginación fue suficiente con des-invagar el asa alimentaria sin realizar resección de la misma.

La intususcepción o invaginación post-bypass gástrico es una complicación cada vez más frecuente debido al aumento de cirugías de la obesidad mórbida en las últimas décadas⁷. Las manifestaciones clínicas se presentan de forma aguda generalmente, siendo la más característica el dolor abdominal que puede o no asociarse con síntomas de obstrucción intestinal.⁸ Su causa suele asociarse a las alteraciones del peristaltismo intestinal asociadas al nuevo circuito intestinal. Sin embargo, su presentación clínica no es discernible de la que pueda presentarse en casos de hernia interna. En ambos casos, la prueba de imagen de elección es el TAC. En el caso de la invaginación se puede lograr observar la imagen típica en diana hasta en un 80% de los pacientes. Y en caso de hernia interna es más frecuente la imagen de remolino en el mesenterio.

El tratamiento de la invaginación suele conllevar la resección del segmento afecto con posterior anastomosis, aunque se debe analizar la causa en cada caso, para evaluar si es necesaria esta resección, teniendo en cuenta que realizar sólo la reducción puede conllevar a tasas elevadas de recurrencia.⁷ El tratamiento de la hernia de Petersen se fundamenta en liberar las asas herniadas y posteriormente realizar el cierre del defecto del mesenterio con material irreabsorbible.¹⁰⁻¹².

Conclusión

La exploración quirúrgica debe contemplarse en el paciente post-bypass gástrico, con clínica de dolor abdominal relevante y persistente, incluso en presencia de parámetros analíticos normales y TAC normal. La revisión por vía laparoscópica, debe plantearse desde el inicio del cuadro, como una prueba diagnóstica y en su caso terapéutica. Su uso precoz puede evitar complicaciones muy graves e incluso fallecimiento del paciente.¹⁰

Bibliografía

- 1.- Luján JA, Frutos MD, Parrilla P. Cirugía de la obesidad mórbida. Alberto Alcocer. Cirugía AEC. 2^o Edición. Madrid. Editorial Medica Panamericana. Capítulo 36: 403-414.
- 2.- Colquitt JL, Picot J, Loveman E, Clegg AJ. Surgery of obesity Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, issue 2, art. No: CD003641.m
- 3.- Guzmán S, Manrique M, Raddatz A et al. Results of bariatric surgery. Experience over 18 years. Rev. méd. Chile Mayo 2013. Vol. 141 no. 5.
- 4.- Genser L, Pattou F, Caiazzo R. Retrograde jejuno-jejunal intussusception 7 years after a Roux-en-Y gastric bypass. Journal of Visceral Surgery. 2015. 152:137-139.
- 5.- Loi CM, Huang SY, Chen YD, Chen SD, Wu JM, Chen KH. Retrograde jejuno-gastric intussusception: A case report and review of the literature. Asian Journal of Surgery 2014.
- 6.- Lehrs-kov-Schmidt L, Poulsen I. Retrograde jejunal intussusception after gastric bypass. Ugeskr Læger 2015;177.
- 7.- Daellenbach L, Suter M. Jejuno-jejunal Intussusception After Roux-en-Y Gastric Bypass: a review. Obes Surg. 2011. 21:253-263.
- 8.- Ruiz de Adana, J. Sánchez Santos, R. Cirugía de la Obesidad. 2^a Edición. 2012. Ediciones: ARÁN. Pág: 256-8.

9.- Iannelli, A, Facchiano. E, Gugenheim.J. Internal Hernia alter Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass for Morbid Obesity. Obesity Surgery 2006, Vol 16: 1265-1271.

10.- Comeau E, Gagner M, Inabnet WB et al. Symptomatic internal hernias after laparoscopic bariatric surgery. Surg Endoscopic 2005; 19: 34-9.

11.-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. 22:2056-2061.

12.- Nguyen NT, Huerta S, Gelfand D et al. Bowel obstruction after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. Obes Surg 2004; 14: 190-6.