

Bypass gástrico laparoscópico y hemobezoar: Una asociación poco frecuente

Alba Manuel Vázquez; Alberto Hernández Matías; Raquel León Ledesma; Juan Carlos Ruiz de Adana; José María Jover Navalón
Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario de Getafe. ✉ alba_manuel_vazquez@hotmail.com

Resumen: El bypass gástrico laparoscópico es actualmente el gold standard en el manejo de la obesidad mórbida. Entre sus complicaciones se encuentra la obstrucción intestinal, donde el momento de aparición del cuadro, precoz o tardío, se relaciona con la etiología. Presentamos un caso de obstrucción intestinal precoz secundaria a hemobezoár, tratada mediante abordaje laparoscópico. Es fundamental el diagnóstico diferencial del cuadro, ya la exploración quirúrgica precoz en casos de obstrucción intestinal, en muchas ocasiones, es la clave para reducir la morbimortalidad asociada a esta complicación.

Palabras clave: Bypass gástrico laparoscópico, obstrucción intestinal precoz, hemobezoár, laparoscopia en obstrucción intestinal.

Abstract: The laparoscopic gastric bypass is currently the gold standard in the management of morbid obesity. Among its complications include intestinal obstruction, where the time of occurrence of the painting, early or late, is related to the etiology. We present a case of intestinal obstruction secondary premature hemobezoár, treated by laparoscopic approach. The differential diagnosis is fundamental picture, and early surgical exploration in cases of intestinal obstruction, often, is the key to reducing morbidity and mortality associated with this complication.

Introducción

El bypass gástrico laparoscópico (BPGL) es el gold standard en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. La obstrucción intestinal es una complicación relativamente frecuente, donde su momento de su aparición se relaciona con la etiología del cuadro (1,2).

Presentamos el primer caso en nuestra serie de más de 800 BPGL desde el año 2000 de obstrucción intestinal precoz secundaria a hemobezoar en yeyunoyeyunostomía, como causa rara de complicación posoperatoria tras BPGL.

Caso Clínico

Mujer de 56 años de edad, BMI 44, remitida a Unidad de Obesidad Mórbida para cirugía bariátrica. Se realiza de forma programada BPGL retrocólico con gastroyeyunostomía manual y yeyunostomía mecánica, cerrando los posibles defectos herniarios y revisando la línea de sutura mecánica sin objetivar sangrado.

A 6-8 horas de la intervención la paciente presenta dolor abdominal intenso, psialorrea y taquicardia. Ante la sospecha inicial de estenosis del asa alimentaria a nivel del mesocolon debido al ascenso retrocólico del asa durante la intervención, se realiza tránsito esofagogástrico (TEG), donde se objetiva stop

del asa alimentaria a nivel de mesocolon transverso (figura 1).

Figura1. Tránsito esofagogástrico: stop del asa alimentaria a nivel de mesocolon transverso.



Ante la situación clínica, la inestabilidad hemodinámica y la imagen radiológica se decide intervención quirúrgica urgente y a través de los mismos puertos de la intervención previa se realiza laparoscopia exploradora urgente.

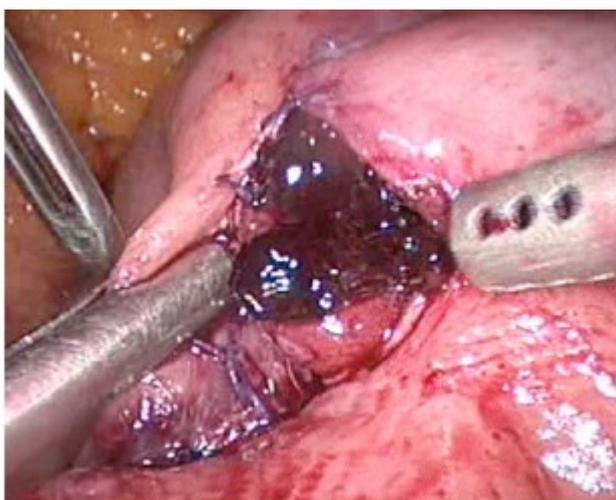
Se objetiva gran dilatación del asa biliar y del remanente gástrico secundaria a hemobezoar a nivel de yeyunostomía, que causa además una compresión

del asa alimentaria de forma extrínseca, responsable de la imagen radiológica.

Existe, por un lado, obstrucción intestinal a nivel del pie de asa y, por otro, obstrucción proximal por compresión extrínseca del asa alimentaria a nivel del mesocolon.

Por vía laparoscópica, se realiza apertura de anastomosis yeyunoyeyunal para extracción de coágulos y hemostasia de la línea de grapado, comprobación de viabilidad intestinal y cierre de yeyunoyeyunostomía con sutura manual. (Figura 2)

Figura2. Imagen de intervención quirúrgica laparoscópica: apertura de anastomosis yeyunoyeyunal con extracción de coágulos..



Se inicia tolerancia vía oral al día siguiente a la reintervención y la paciente es dada de alta al cuarto día posoperatorio.

Discusión

La obstrucción intestinal precoz tras BPGL, en el primer mes, tiene tasas de incidencia en torno al 1'5-5% (2).

Sus causas suelen relacionarse con el pie de asa, fundamentalmente acodamientos o estenosis a nivel de la anastomosis. Entre las menos frecuentes encontramos el hemobezoar, donde un coágulo en la línea de grapado es el responsable de la obstrucción a nivel de la yeyunoyeyunostomía en el posoperatorio inmediato. (1, 2). En estos casos como el que presentamos, las alteraciones anatómicas secundarias

al BPGL hacen que se produzca una obstrucción en asa cerrada que impide la descompresión del remanente gástrico con una sonda nasogástrica y provoca un secuestro de líquidos. Por este motivo la clínica más frecuente es la taquicardia y la sensación de “muerte inminente” (3).

En el diagnóstico es fundamental el alto índice de sospecha. En cuanto a la radiología, la tomografía computarizada (TC) ante sospecha de obstrucción intestinal tras BPGL tiene una sensibilidad de 51-100% (4), pero hasta un 20% de los casos no existen hallazgos en el TC (5), por lo que no es mandatoria si existe una sospecha clínica elevada, como en el caso presentado.

Por este motivo, ante la presencia de dolor abdominal intenso, la exploración quirúrgica precoz, como en el caso que se describe, es un punto clave para la reducción de la morbimortalidad asociada a la obstrucción intestinal tras BPGL (1,3).

Durante la intervención se debe realizar una exploración completa de la cavidad abdominal incluyendo todo el intestino delgado y los posibles defectos herniarios así como una evaluación de la integridad de las asas intestinales. El manejo quirúrgico depende de los hallazgos causantes de obstrucción. En caso de hemobezoar, como en la paciente del caso presentado, tras la evacuación del hematoma que provoca la obstrucción, en la mayoría no se objetiva sangrado de la línea de grapado (3).

El uso de la laparoscopia en estas reintervenciones ofrece una opción segura y eficaz en manos expertas (6). La revisión de la línea de grapado en la primera intervención debe formar parte de nuestros gestos quirúrgicos durante la cirugía, como método preventivo de hemobezoar (7).

Dado que las complicaciones obstructivas post BPGL son poco frecuentes, la sospecha clínica alta y la exploración quirúrgica precoz son las piezas clave en el resultado exitoso de su manejo.

Bibliografía

- 1.- Rogula T, Yenumula PR, Schauer PR. A complication of Roux-en-Y gastric bypass: intestinal obstruction. *Surg Endosc* 2007; 21:1914-1918



2.-Hwang RF, Swartz DE, Felix EL. Causes of small bowel obstruction after laparoscopic gastric bypass. *Surg Endosc* 2004; 18: 1631–1635.

3.- Awais O, Raftopoulos I, Lucketich JD, Courcoulas A. Acute, complete proximal small bowel obstruction after laparoscopic gastric bypass due to intraluminal blood clot formation. *Surg Obes Relat Dis* 2005; 1:418–423.

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 KD, Boone KD, Ho T. Complications of the laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: 1040 patients-what have we learned? *Obes Surg* 10: 509-513.

6.- Franklin ME, Gonzalez JJ, Miter DB, Glass JL, Paulson D. Laparoscopic diagnosis and treatment of intestinal obstruction. *Surg Endosc* 2004; 18: 26-30.

7.-Peeters G, Gys T, Lafullarde T. Small bowel obstruction after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass caused by an intraluminal blood clot. *Obes Surg* 2009; 19: 521-523. [17] Cusati D, Sarr M, Kendrick M, et al. Refractory strictures after Roux-en-Y gastric bypass: operative management. *Surg Obes Relat Dis* 2011; 7:165–169.