

CAUSA INUSUAL DE OBSTRUCCIÓN TARDÍA DE ASA ALIMENTARIA EN PACIENTE CON BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX LAPAROSCÓPICO

UNUSUAL CAUSE OF LATE PROXIMAL BOWEL OBSTRUCTION AFTER LAPAROSCOPIC ROUX-EN-Y GASTRIC BYPASS

Autores: León-Gámez, Carmen Lucero; García-Oria, Miguel J; Lucena-de-la-Poza, José Luis; González-Plo, Daniel; Rivera-Bautista, José Ángel; Sánchez-Turrión, Víctor.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

✉ menlu.lg@gmail.com

Resumen: La obstrucción intestinal es una de las complicaciones tardías que puede ocurrir tras un bypass gástrico en Y de Roux, poniendo en peligro la vida del paciente. En ocasiones, puede estar relacionada con la técnica quirúrgica empleada. Presentamos un caso inusual de obstrucción tardía del asa alimentaria tras un bypass gástrico laparoscópico en una mujer de 53 años, causado por el punto de fijación del asa alimentaria al estómago excluido que se utiliza para prevenir la torsión de la anastomosis gastroeyunal. En nuestro caso, pudo resolverse satisfactoriamente por laparoscopia.

Palabras Clave: Obstrucción intestinal; Bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico; Sutura de fijación.

Abstract: Bowel obstruction is a relevant lifethreatening late complication after Roux-en-Y gastric bypass. Occasionally, it may be related to the surgical technique employed. We present an unusual case of late proximal bowel obstruction after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass in a 53-years-old women. It was caused by a Roux limb stabilization suture, which is used to prevent kink at the gastrojejunal anastomosis. In our case, it could be solved with laparoscopic surgery.

Keywords: Bowel obstruction; laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass; Stabilization suture.

Introducción

El bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico (BPGYL) es el procedimiento quirúrgico bariátrico más realizado en nuestro país, hasta un 46.1% en 2016 [1], constituyendo el “*gold standard*” para el tratamiento de la obesidad mórbida. Entre sus posibles complicaciones, la obstrucción intestinal continúa siendo muy relevante, con una incidencia que oscila entre el 1 y el 11% [2,3]. Como posibles causas de dicha obstrucción se encuentran las hernias internas, las hernias por orificio de trocar, la estenosis de la yeyuno-yeyunostomía, la invaginación intestinal o las bridas postquirúrgicas [4].

Presentamos un caso inusual de obstrucción tardía del asa alimentaria tras un BPGYL, causado por el punto de fijación del asa alimentaria al remanente gástrico.

Material y métodos

Caso clínico:

Paciente mujer de 53 años que acude a Urgencias por un cuadro de dolor abdominal. Como antecedente de interés, destaca una cirugía bariátrica 4 años antes por obesidad mórbida (IMC preoperatorio 41.80 kg/m²). Se le había realizado un BPGYL simplificado con un reservorio gástrico de unos 20 ml, un asa alimentaria de 150 cm antecólica-antegástrica y un asa biliar de 120 cm; el orificio mesentérico y el espacio de Petersen se cerraron con seda. Para evitar la torsión del asa alimentaria, se realizó una fijación de la misma al antro gástrico con un punto de seda. La paciente presentó buena evolución consiguiendo una pérdida de 15 puntos de IMC tras cuatro años de seguimiento (IMC actual de 27.34 kg/m²) con un porcentaje de sobrepeso perdido (PSP) de 76%.

En su visita a Urgencias en ese momento del seguimiento, refiere un cuadro de dolor abdominal

localizado en epigastrio y vómitos de 5 días de evolución. En los análisis destaca 15430 leucocitos/microL (rango normal 4000 - 11500) y proteína C reactiva 23,40 mg/L (rango normal 0.1 - 10.0). Se le realiza una radiografía de abdomen tras administración de contraste oral donde se objetiva una detención brusca del paso de contraste en el asa alimentaria con dilatación proximal (Figura 1). En la TC de abdomen realizado posteriormente, se evidencia una progresión del contraste oral hasta 7-8 cm más allá de la anastomosis gastroyunal donde se observa un cambio brusco de calibre, presentando el resto de asas un calibre normal (Figura 2).



Figura 1.

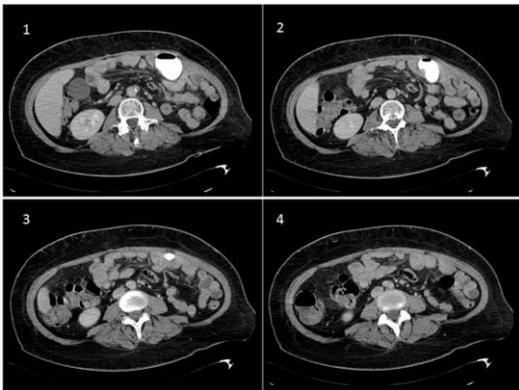


Figura 2.

Resultados

Ante los hallazgos, se decide realizar una laparoscopia exploradora. Se evidencia la presencia de un cambio de calibre coincidiendo con el punto de seda que se había usado para evitar la torsión del asa alimentaria, desde el estómago excluido hasta dicha asa que condiciona obstrucción de la misma (Figura 3) y sufrimiento parcial de la pared intestinal

traccionada (Figura 4). Se realiza sección de la brida y sutura invaginante del área de intestino delgado afectada. Finalmente, se comprueba el correcto cierre del defecto mesentérico y del espacio de Petersen realizado en la cirugía previa.



Figura 3.



Figura 4

La duración de la cirugía fue de 90 minutos y la pérdida hemática aproximada de 20 ml. La paciente evolucionó favorablemente, con tolerancia oral progresiva y buen tránsito intestinal, sin complicaciones. La paciente fue dada de alta al segundo día postoperatorio. En la revisión al primer y sexto mes de la cirugía presentaba buen estado clínico con ausencia de complicaciones.

Discusión

La obstrucción intestinal en pacientes con antecedentes de BPGYL generalmente se presenta con dolor abdominal periumbilical o epigástrico, asociado a náuseas, vómitos, anorexia y distensión abdominal [5]. El diagnóstico se basa en una buena historia clínica, la exploración física y estudios de imagen, como la radiografía y la TC de abdomen. Sin embargo, hasta un 20% de los pacientes pueden presentar un estudio de imagen negativo [6] por lo que si la sospecha clínica es alta, la exploración quirúrgica está muy recomendada. En nuestro caso,

el diagnóstico de la paciente fue clínico y, como en la mayoría de los casos reportados en la literatura, la radiografía de abdomen y la TC aportaron información adicional sobre el punto preciso de obstrucción intestinal, concretamente, a nivel del asa alimentaria en el espacio supramesocólico.

En cirugía, algunas de las complicaciones pueden relacionarse a gestos quirúrgicos específicos. Aunque la mayoría de los pasos clave del BPGYL son similares entre los diferentes cirujanos [7], existen todavía algunas variantes técnicas. Entre ellas, algunos autores recomiendan la realización de un punto de fijación entre el asa de Roux proximal y el remanente gástrico para prevenir la torsión de la parte proximal del asa en el caso de una técnica antecólica, antegástrica [8]. Sin embargo, este gesto puede tener efectos adversos como en el caso que presentamos.

Marr et al [9] realizaron un análisis retrospectivo de 199 casos de BPGYL intervenidos por un único cirujano durante un periodo de tres años. Se identificaron 4 casos de vólvulos intestinales del asa alimentaria causados por el punto de estabilización. En su estudio, el IMC medio fue de 45.35±2.95 kg/m², mientras que nuestra paciente presentaba un IMC de 27.34 kg/m². Esta característica guarda relación con el momento de presentación, mucho más tardío en nuestro caso, a los 48 meses de la cirugía bariátrica, a diferencia de lo descrito en la serie de casos, en los que la sintomatología apareció a los 11±10.6 meses. En el estudio presentado por Marr et al, 1 de los 4 casos precisó de cirugía abierta dado que el equipo quirúrgico no tenía experiencia laparoscópica en el abordaje de la obstrucción de intestino delgado. En nuestra paciente, la obstrucción pudo ser resuelta de forma satisfactoria por laparoscopia siendo nuestro equipo quirúrgico experimentado en este abordaje. Finalmente, en dicho estudio no se requirió de resección intestinal en ningún caso, mientras que en el nuestro, aunque no fue necesaria la resección, sí se precisó de la invaginación de parte de la pared intestinal por afectación isquémica de la misma.

En nuestra experiencia, tras el presente caso se abandonó la práctica de este punto de estabilización. No hemos tenido más casos de esta complicación desde entonces.

Conclusión

En pacientes sometidos a bypass gástrico para tratar la obesidad, un punto de fijación del asa alimentaria al estómago excluido para evitar torsiones, puede provocar una obstrucción intestinal tardía, poniendo en peligro la vida del paciente. En nuestro caso dicha

obstrucción pudo resolverse satisfactoriamente por laparoscopia.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (Marzo 2017). Actividad Bariátrica en España. Encuesta de Actividad SECO 2016. Asamblea General de la Sociedad durante 19º Congreso Nacional SECO, Sevilla.
2. Rogula T, Yenumula PR, Schauer PR. A complication of Roux-en-Y gastric bypass: intestinal obstruction. *Surg Endosc.* 2007;21(11):1914-8.
3. Nguyen NT, Huerta S, Gelfand D, Stevens CM, Jim J. Bowel obstruction after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg.* 2004;14(2):190-6.
4. Podnos YD, Jimenez JC, Wilson SE, Stevens CM, Nguyen NT. Complications after laparoscopic gastric bypass: a review of 3464 cases. *Arch Surg.* 2003;138(9):957-61.
5. Paroz A, Calmes JM, Giusti V, Suter M. Internal hernia after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity: a continuous challenge in bariatric surgery. *Obes Surg.* 2006;16(11):1482-7.
6. Higa KD, Ho T, Boone KB. Internal hernias after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: incidence, treatment and prevention. *Obes Surg.* 2003;13(3):350-4.
7. Rodríguez A, Mosti M, Sierra M, et al. Small bowel obstruction after antecolic and antegastric laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: could the incidence be reduced? *Obes Surg.* 2010;20(10):1380-4. doi: 10.1007/s11695-010-0164-5.
8. Moreno-Ruiz FJ, Rodríguez-Cañete A, Montiel-Casado C, Bondía-Navarro JA, Santoyo-Santoyo J. Claves técnicas en la realización de un bypass gástrico para evitar complicaciones. *Cir Andal.* 2017;38(1):30-3.
9. Marr B, Yenumula P. Roux limb volvulus in laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass due to Roux limb stabilization suture: case series. *Obes Surg.* 2012;22(1):4-7. doi: 10.1007/s11695-011-0529-4.

Agradecimientos

Agradecemos al resto del personal de la Unidad de Cirugía de la Obesidad y Metabólica del Hospital Universitario Puerta de Hierro su implicación en este caso