**OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y HERNIA INTERNA TRAS BY-PASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO**

Abstract:

The postoperative intestinal obstruction syndrome is a known complication of bariatric surgery and has different etiologies: bridles, volvulus, stenosis or internal hernias. We present the clinical case of a 61-year-old patient who underwent gastric bypass retrocolic ringed and laparoscopic cholecystectomy due to obesity who suffers internal hernia through a mesenteric orifice with irreversible intestinal ischemia, which requires disassembly of the bypass with intestinal resection, including a food loop and foot. of the loop, partial gastrectomy and urgent splenectomy. We proceed to reconstruction of the transit with gastro-gastric end-lateral and latero-lateral jejunojejunal anastomosis. In patients undergoing laparoscopic bariatric surgery, it is important to consider intestinal obstruction due to internal hernia as a serious, relatively frequent and potentially fatal complication.

Resumen:

El síndrome de obstrucción intestinal postoperatoria es una complicación conocida de la cirugía bariátrica y tiene diferentes etiologías: bridas, vólvulos, estenosis o hernias internas. Presentamos el caso clínico de una paciente de 61 años intervenida de bypass gástrico retro cólico anillado y colecistectomía laparoscópicos por obesidad que sufre hernia interna a través de orificio mesentérico con isquemia intestinal irreversible que obliga a desmontaje del bypass con resección intestinal, incluyendo asa alimentaria y pie de asa, gastrectomía parcial y esplenectomía urgente. Se procede a reconstrucción del tránsito con anastomosis gastro-gástrica T-L y yeyunoyeyunal L-L. En pacientes intervenidos de cirugía bariátrica laparoscópica es importante tener en cuenta la obstrucción intestinal por hernia interna como complicación grave, relativamente frecuente y potencialmente mortal.

Keywords:

Bariatric Surgery, Intestinal Obstruction, Internal Hernia, Laparoscopic Gastric Bypass

Introducción:

El síndrome de obstrucción intestinal postoperatoria es una complicación conocida de la cirugía bariátrica y tiene diferentes etiologías: bridas, vólvulos, estenosis o hernias internas (defecto mesentérico, espacio de Petersen, ventana mesocólica transversa)1. En laparotomía su incidencia varía entre el 1.3%-5% y su causa más frecuente es la brida. En laparoscopia su frecuencia está entre el 0.4%-8% y su etiología más frecuente es la hernia interna, llegándose a considerar ésta como una complicación específica del bypass gástrico por laparoscopia (LRYGBP)2.

Presentación del Caso:

Mujer de 61 años, bypass gástrico retrocólico anillado y colecistectomía laparoscópicos por obesidad hace 22 meses, IMC previo: 39, IMC actual: 27. Acude a Urgencias por cuadro de dolor agudo epigástrico irradiado a HCD y vómitos. A la exploración física presenta abdomen blando, no distendido y sin defensa. A la analítica al ingreso todo los valores fueron normales. Se practicó Rx abdomen, observando dilatación de asas de intestino delgado en epigastrio. Visto los hallazgos se decidió ingreso hospitalario para observación. Tras presentar mejoría clínica, a las 48horas de su estancia se indicó tolerancia oral. Al 5º día los controles analítico y radiológicos son normales y la paciente presenta transito intestinal correcto y buena tolerancia oral. El 7º día de ingreso la paciente presenta dolor abdominal intenso con vómitos, taquicardia y sin fiebre. A la exploración física presenta abdomen distendido con peritonismo. La analítica urgente presenta ausencia de leucocitosis y, como único valor alterado, amilasa elevada. Se solicita TAC tóraco abdominal urgente informando neumoperitoneo con dilatación de duodeno y asas de ID (figura 1). Se decide laparotomía urgente objetivando hernia interna a través de orificio mesentérico (figura 2) con isquemia intestinal irreversible desde 15cm de Treitz, incluyendo asa alimentaria y pie de asa, hasta 200cm de válvula ileocecal con perforación en cara anterior de remanente gástrico (figura 3) y peritonitis difusa. Se realizó desmontaje del bypass con resección intestinal, incluyendo asa alimentaria y pie de asa, gastrectomía parcial, esplenectomía urgente (figura 4) y reconstrucción del tránsito con anastomosis gastro-gástrica T-L (figura 5) y yeyunoyeyunal L-L (figura 6). Como complicaciones postoperatorias la paciente presenta pancreatitis aguda, colección subfrénica izquierda drenada mediante drenaje percutáneo bajo control ecográfico, infección de herida y posterior eventración corregida en un segundo tiempo con eventroplastia. La paciente fue dada de alta al 29º día postoperatorio.

Discusión:

La hernia interna como causa de obstrucción intestinal se ha considerado como una complicación específica del LRYGBP, siendo muy rara en abierto. Existen varios lugares relacionados con ella: orificio mesocólico (67%), orificio mesentérico yeyunal(21%), espacio de Petersen(7.5%) y múltiples sitios (4.5%)1,2. El intervalo de tiempo entre la cirugía y el inicio de los síntomas es muy variable (3 días-3 años). El síntoma más frecuente de presentación es el dolor epigástrico cólico postprandial con náuseas. Vómitos, fiebre y leucocitosis son infrecuentes. Distensión y timpanismo no sirven en los obesos. La taquicardia inexplicada y la persistencia del dolor son síntomas presentes casi siempre y deben hacernos sospechar el posible diagnóstico3,4. Éste se establece con dificultad por la clínica y estudios de imagen: rx simple, TEGD (20% normales) y TAC5,6. La persistencia o recurrencia de los síntomas indican una exploración quirúrgica urgente, pudiendo realizarse por laparoscopia en manos expertas, siendo necesaria la conversión ante isquemia o perforación. La mortalidad elevada está relacionada con el retraso en el diagnóstico y tratamiento y asociada a isquemia, TEP (7.7%) y perforación (9.1%)2. El cierre meticuloso de todos los posibles sitios de hernia interna es la única forma de prevenirlo, aunque no lo evita del todo y es esencial para limitar al máximo esta complicación potencialmente letal. El cambio en la técnica de cierre (material no absorbible y sutura continua) ha hecho disminuir de forma importante su incidencia7,8. Parece existir una reducción de la incidencia al cambiar la vía retrocólica a antecólica (4.5%-0.43%)2. Un alto índice de sospecha y una cirugía precoz son la clave4.

Conflicto de intereses:   
Este trabajo no ha recibido fondos de ningún tipo. Los autores declaran que no tienen conflictos de interés en llevar a cabo el trabajo.

Bibliografía:

1. Bowel gangrene from strangulated Petersen's space hernia after gastric bypass. Reiss J, Garg V. J Emerg Med. 2014;46:e31-4.
2. Internal hernias after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: incidence, treatment and prevention. Higa D, Ho T, Boone KB. Obesity Surgery 2003;13:350-4.
3. Internal hernia after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity: a continuous challenge in bariatric surgery. Paroz A, Calmes JM, Giusti V, Suter M. Obesity Surgery 2006;16:1482-7.
4. Diagnosis and management of internal hernias after laparoscopic gastric bypass. Parakh S, Soto E, Merola S Obesity Surgery 2007;17:1498-502.
5. Internal hernia following Roux-en-Y gastric bypass surgery for morbid obesity: evaluation of radiographic findings at small-bowel examination. Carucci LR, Tuner MA, Shaylor SD. Radiology 2009; 251:762-70.
6. Internal hernia after gastric bypass: sensitivity and specificity of seven CT signs with surgical correlation and controls. Lockhart M, Tessler F, Canon CL, et al. AJR Am J Roentgenol 2007; 188:745-50.     .
7. Impact of complete mesenteric closure on small bowell obstruction and internal mesenteric hernia after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. Brolin R, Venkata K. Surg Obes Relat Dis. 2013:850-5.
8. Mesenteric closure in laparoscopic gastric bypass: surgical technique and literature review. Higa K, Boone K, Arteaga González I, López-Tomas-setti Fernández E. Cirugía Española 2007;82:77-88.

Figuras:

1. Figura 1: TAC: neumoperitoneo con dilatación de asas de duodeno y asas de ID.
2. Figura 2: hernia interna a través de orificio mesentérico.
3. Figura 3: perforación en cara anterior de remanente gástrico.
4. Figura 4: pieza quirúrgica.
5. Figura 5: anastomosis gastro-gástrica T-L.
6. Figura 6: anastomosis yeyunoyeyunal L-L.