

Caso	(196) Invaginación del pie de asa como complicación infrecuente de la cirugía bariátrica
Autores	Patricia Virginia García Perez, Mario Fernández Conesa, Eulalia Olmedo Sánchez, Macarena Eismann Hidalgo, María Ángeles Valero González
Centro	Hospital Clinico San Cecilio, Granada

EXPOSICIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de una paciente de 42 años que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal de varias horas de evolución, asociado a náuseas sin vómitos. Estreñimiento hace 2 días sin otra sintomatología asociada.

Como antecedentes destaca cirugía bariátrica, By-pass gástrico en Y de Roux hace 15 años.

A la exploración presenta dolor en flanco izquierdo que no cede a la medicación. Analítica anodina, no obstante ante la persistencia del dolor se completa estudio con TC de abdomen con contraste intravenoso en fase portal.

Las imágenes del TC y reconstrucciones MPR muestran los cambios de cirugía bariátrica, apreciando una obstrucción en asa cerrada con morfología en "8" localizada en hipocondrio izquierdo, con dilatación del asa intestinal secundaria a invaginación, incluyendo en el segmento obstruido el pie de asa. Ante los hallazgos se decide intervención urgente con resección en bloque del pie de asa y segmento invaginado con anastomosis T-T.

DISCUSIÓN

La invaginación intestinal del pie de asa es una complicación poco frecuente tras un bypass gástrico, con una incidencia estimada de 0,64% de todos los procedimientos realizados. Es mas frecuente en mujeres que han perdido peso significativo después de la cirugía gástrica.

En la mayoría de los casos debutan con analítica anodina como en nuestro caso y solo por la exploración, persistencia de la clínica y antecedente quirúrgico de cirugía gástrica se debe de pensar en esta complicación.

En la mayoría de los casos se produce en la enteroanastomosis y suele ser retrograda, es decir el asa distal se invagina en el asa proximal.

Los hallazgos en TC muestran datos radiológicos de suboclusión intestinal, con imagen típica en diana por obstrucción en asa cerrada, de morfología en "8" localizada en hipocondrio izquierdo.

La etiología de la invaginación intestinal no esta clara y se cree que es debida a los cambios electrofisiológicos de la anastomosis quirúrgica con presencia de ondas peristálticas anómalas que podrían llegar de forma simultanea a la anastomosis

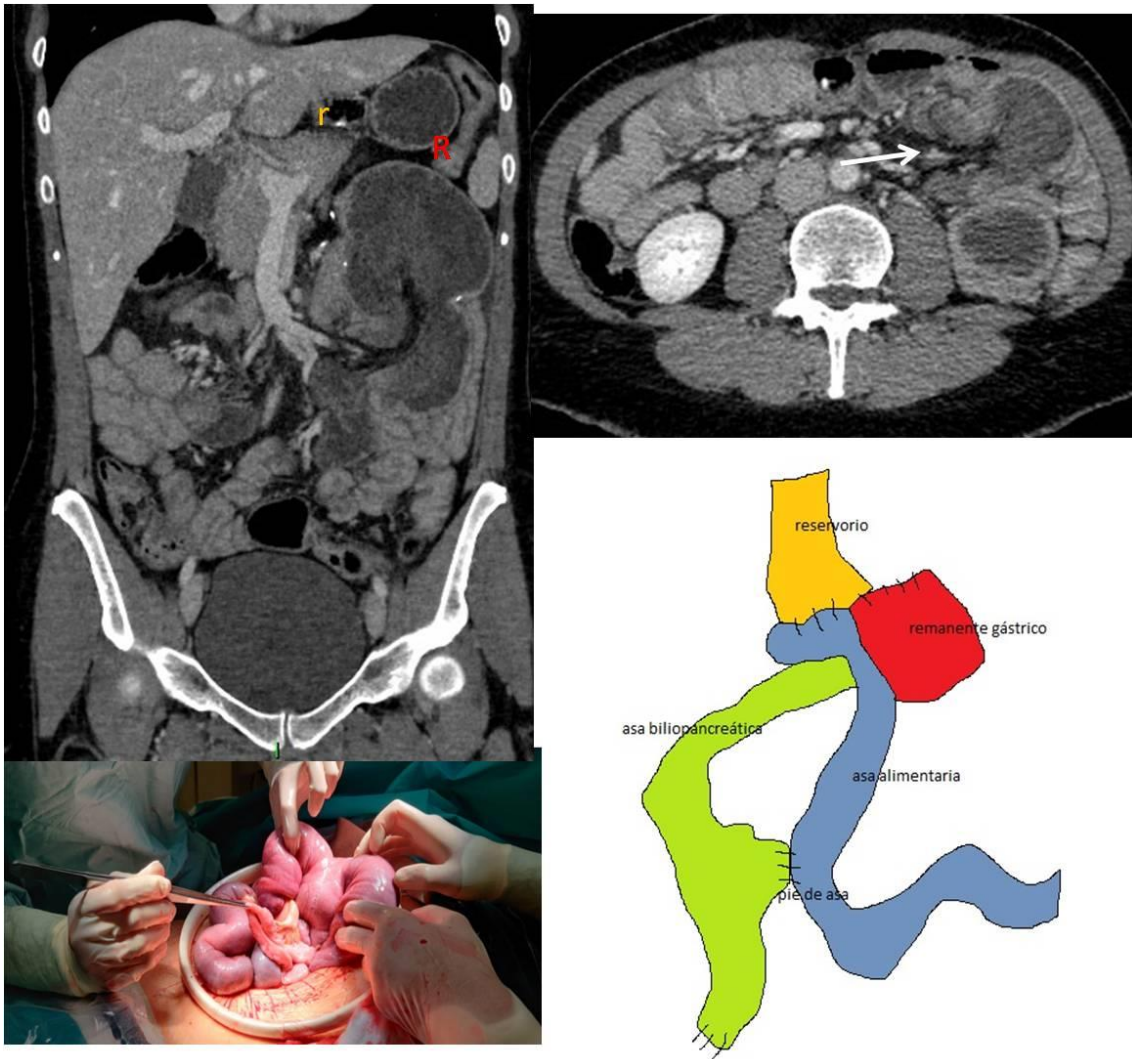
dando lugar a la invaginación aunque también puede ser secundaria a la presencia de material de cirugía previa, grapas, sutura...etc.

La técnica quirúrgica del By pass gástrico consiste en crear un reservorio gástrico unido al asa alimentaria. El remanente gástrico queda unido al asa biliopancreática.

Se unen el asa alimentaria y biliopancreática mediante reconstrucción en Y de Roux para formar el asa común.

CONCLUSIÓN

La invaginación intestinal secundaria a cirugía bariátrica es poco común aunque requiere un manejo urgente, generalmente quirúrgico. Hay que conocer la anatomía postquirúrgica así como los hallazgos radiológicos de esta entidad.



Reconstrucción coronal y axial que muestra la obstrucción en asa cerrada en hipocondrio izquierdo con morfología en "8" con punta de invaginación (flecha). Esquema de la cirugía del by-pass gástrico. Imagen de la cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ana Cristina Silva, Pedro Soares Moreira, Victor et al. Journal of surgical case report, Volumen 2020, December 2020. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjaa554.2>. Incidence and treatment of intussusception following Roux-en-Y gastric bypass: a systematic review and meta-analysis. Jelmer E. Oor, Lucas Goense, Marinus J. Wiezer et al. Surgery for Obesity and Related diseases, volume 17, pages 1017-1028, may 2021. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2021.01.006>.

3. A rare case of internal hernia, intussusception and volvulus following gastric bypass: A case report and literature review. Adel Elkbuli, Kristen Santarone, Kyle Kinslow et al. International journal of surgery case report, volume 67, pages 178-182, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.01.060>

4. Intussusception: an uncommon cause of postoperative small bowel obstruction after gastric bypass. Jennifer Bocker MD,

Julie Vasile MD, Jonathan Zager. Obesity Surgery 14, pages 116-119. 2004.

<https://doi.org/10.1381/096089204772787400>