

<b>Caso</b>	(337) Abdomen agudo en paciente con antecedente de by-pass gástrico
<b>Autores</b>	Raquel Teresa Martínez Sánchez, Isabel Lourdes Mejía Mejía, Javier Fernández García, Antonio Bermejo Bote, María Pérez Jaén, María Guadalupe Rueda Monago
<b>Centro</b>	Hospital Universitario De Badajoz, Hospital Universitario Virgen Del Rocío

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 35 años con antecedentes de bypass gástrico en 2011 con gran pérdida de peso reciente. Consulta por dolor abdominal y vómitos, presentando abdomen en tabla, taquicardia y tensiones de 80/40.

Se realiza una TC urgente en la que se observa una extensa afectación de la totalidad de las asas de yeyuno e íleon, con niveles hidroaéreos en su interior, ausencia de realce parietal y signos de neumatosis intestinal. No se observan signos de neumatosis portal. Tan solo se evidencia adecuado realce del íleon terminal y del intestino grueso.

Llama la atención en epigastrio un cambio de dirección de la transición duodeno-yeyunal con dilatación post-estenótica, que condiciona un efecto de tracción sobre el meso y los vasos adyacentes a dicho nivel, dando la apariencia de remolino (Whirlpool sign). Uno de los vasos traccionados es la arteria mesentérica superior (AMS), observándose un stop brusco de la repleción endoluminal compatible con estenosis.

Estos hallazgos se acompañan de abundante ingurgitación de vasos y reticulación de la grasa intraabdominal, así como moderado líquido libre en todos los compartimentos intraabdominales.

Hallazgos compatibles con hernia interna complicada, con isquemia intestinal severa de la totalidad del yeyuno e íleon secundaria a compromiso de la AMS.

## DISCUSIÓN

Las hernias internas son protrusiones de vísceras a través de defectos congénitos del peritoneo, omento o mesenterio o a través de una adherencia adquirida. Aunque suponen menos del 1 % de todas las hernias, su incidencia está incrementándose "debido al mayor aumento de intervenciones quirúrgicas.

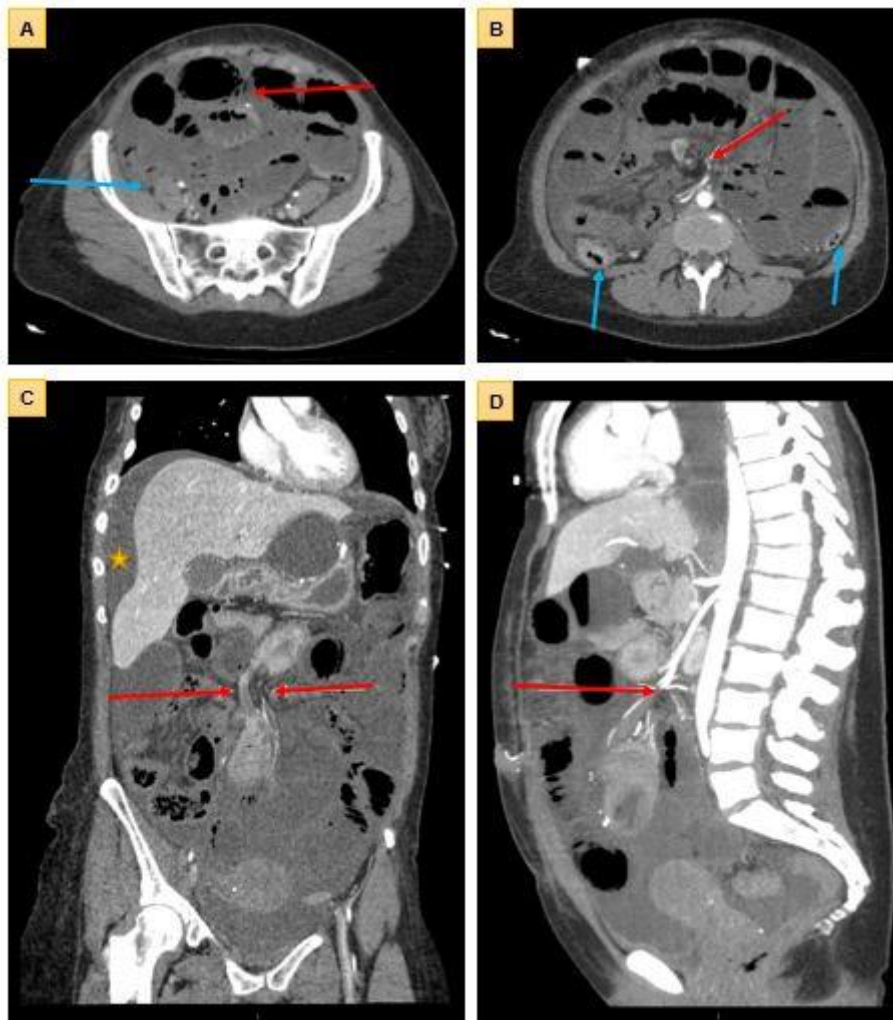
Uno de los factores de riesgo más frecuentes es el antecedente de cirugía bariátrica con by-pass gástrico y reconstrucción en "Y de Roux" en el que, además del antecedente quirúrgico, se une el hecho de una pérdida rápida de peso que favorece la herniación.

El gold standard para su diagnóstico es la tomografía computerizada, siendo los signos radiológicos típicos un encapsulamiento de asas con morfología en "U" o "C", con disposición radial de los vasos mesentéricos (que se encuentran ingurgitados y estrangulados" y una distensión retrógrada intestinal.

El papel del radiólogo es fundamental en la detección de esta patología ya que en numerosas ocasiones da una sintomatología inespecífica. Su diagnóstico constituye una indicación clara de cirugía y el hecho de realizarse de manera precoz constituye un factor de buen pronóstico al ser más probable la viabilidad de las asas herniadas.

## CONCLUSIÓN

El antecedente de cirugía bariátrica con reconstrucción en Y de Roux es un factor de riesgo típico para las hernias internas, ya que la existencia de bridas quirúrgicas y la pérdida ponderal rápida favorecen esta herniación de contenido intraabdominal. El diagnóstico se basa principalmente en pruebas de imagen, siendo su diagnóstico precoz esencial en el manejo del paciente ya que será determinante en la viabilidad de las asas herniadas.



*A. TC axial con contraste IV en el que se evidencia dilatación de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos y neumatosis intestinal (flecha roja). Se observa además ausencia de realce parietal (flecha azul). B: TC axial con contraste IV: signo del remolino (flecha roja) y ausencia de realce de todas las asas de intestino delgado. Tan solo se identifica realce del intestino grueso (flechas azul). C: TC coronal: cambio de calibre en unión duodeno-yeyunal en relación con hernia interna (flecha roja), que asocia discreta ascitis de predominio perihepático (estrella amarilla). D: Reconstrucción MIP sagital en la que se aprecia stop brusco de la AMS, que se introduce en el saco herniario.*

## **BIBLIOGRAFÍA**

Martin L, Merkle E, Thompson W. Review of internal hernias: radiographic and clinical findings. *AJR*. 2008; 138: 703-17

Doishita S, Takeshita T, Uchima Y, Kawasaki M, Shimono T, Yamashita A et al. Internal hernias in the era of multidetector CT: correlation of imaging and surgical findings. *RG*. 2015; 36 (1): 88 - 105.