

Intususcepción de entero-entero anastomosis en *bypass* gástrico: extraña pero grave complicación en cirugía bariátrica

Late intussusception of entero-entero anastomosis in gastric bypass: a rare but serious complication in bariatric surgery

Pascale Sallaberry Schlesinger,^{*,‡} Vicente Fernández Rodríguez,^{*,§} Leopoldo Díaz Fuentes[¶]

Palabras clave:

bypass gástrico, intususcepción, intestino delgado, complicación, cirugía bariátrica.

Keywords:

gastric bypass, intussusception, small intestine, complication, bariatric surgery.

RESUMEN

Se reporta un caso inusual de intususcepción intestinal tardía en una mujer de 43 años, cinco años después de un *bypass* gástrico. La paciente presentó dolor abdominal y vómitos, y la tomografía computarizada sugirió una hernia interna. Sin embargo, la laparoscopia reveló intususcepción en la entero-entero anastomosis, la cual no logró reducirse por técnica laparoscópica, por lo que se decidió convertir a laparotomía, logrando reducir intususcepción exitosamente. La intususcepción pos-*bypass* gástrico es una complicación rara, más frecuente en mujeres, y su causa exacta es desconocida. El diagnóstico puede ser difícil debido a síntomas inespecíficos, por lo que la tomografía computarizada es crucial. El tratamiento quirúrgico es esencial, con opciones que van desde la reducción hasta la resección intestinal, dependiendo de la viabilidad del tejido. Este caso resalta la importancia de considerar esta complicación en pacientes bariátricos, incluso años después de la cirugía.

ABSTRACT

We report an unusual case of late-onset small bowel intussusception in a 43-year-old woman, five years after undergoing gastric bypass surgery. The patient presented with abdominal pain and vomiting, and computed tomography initially suggested internal hernia. However, laparoscopy revealed intussusception at the entero-entero anastomosis, which could not be reduced laparoscopically, so it was decided to convert to laparotomy, successfully reducing the intussusception. Post-gastric bypass intussusception is a rare complication, more prevalent in women, with an unclear etiology. Diagnosis can be challenging due to nonspecific symptoms, highlighting the importance of computed tomography. Surgical treatment is essential, ranging from reduction to bowel resection based on tissue viability. This case emphasizes the need to consider this complication in bariatric patients, even years after surgery.

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica ha surgido como una respuesta efectiva ante el significativo aumento en la incidencia de obesidad mórbida que enfrenta la población, tanto chilena como mundial.¹ Entre las cirugías bariátricas más ampliamente practicadas se encuentra el *bypass* gástrico en Y de Roux.² Éste, si bien es una cirugía segura, que ha demostrado tasas de complicaciones aceptables, no es una cirugía exenta de riesgos. Dentro de las complicaciones

más frecuentes del *bypass* gástrico en Y de Roux destacan sangrados, filtraciones, hernia interna, estenosis de la anastomosis y coledolitiasis.^{3,4} Una complicación muy poco frecuente, pero igualmente descrita y potencialmente grave, es la intususcepción de asa delgada.

El enfoque terapéutico de la intususcepción de asa delgada sigue siendo objeto de debate, con diversas alternativas disponibles; desde la reducción simple del asa cuando esta se encuentra vital, hasta la resección intestinal con confección de una nueva anastomosis.^{5,6}

* Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

‡ Residente tercer año Cirugía General.

§ Interno Pregrado Medicina.

¶ Cirujano General, Hospital el Carmen, Maipú, Santiago, Chile.

Recibido: 04/06/2024
Aceptado: 24/09/2024



Citar como: Sallaberry SP, Fernández RV, Díaz FL. Intususcepción de entero-entero anastomosis en *bypass* gástrico: extraña pero grave complicación en cirugía bariátrica. Cir Gen. 2024; 46 (3): 187-190. <https://dx.doi.org/10.35366/118730>

A continuación, se presenta el caso de una paciente con intususcepción tardía de asa intestinal post *bypass* gástrico que se manejó exitosamente con reducción del asa invaginada, sin requerir resección.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 43 años con antecedente de cirugía bariátrica hace cinco años, específicamente de *bypass* gástrico. Consulta al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal difuso EVA (escala visual analógica) 10/10, asociado a vómitos alimentarios, sin sangre u otras características patológicas. No presenta cambios en su hábito intestinal. En el examen físico destaca una resistencia de la musculatura abdominal generalizada, dolor a la palpación profunda en la totalidad del abdomen y ruidos hidroaéreos disminuidos.

Se realizan exámenes de laboratorio que resultan sin hallazgos patológicos significativos, destacando proteína C reactiva < 1 mg/l, leucocitos 9.1×10^3 cél/mm³, creatinina 0.6 mg/dL y electrolitos plasmáticos normales. Y una tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis con contraste endovenoso que informa hallazgos sugerentes de hernia interna tipo Petersen complicada con mínima cantidad de ascitis, sin signos de neumoperitoneo (Figura 1).

Dado lo anteriormente descrito, se decide resolución quirúrgica.

Se realiza laparoscopia exploradora, la cual evidencia distensión de las asas a nivel de la entero-entero anastomosis secundaria a intususcepción intestinal. Se descarta hernia interna sugerida en informe de TC. No se logró reducción de asa invaginada por técnica laparoscópica, por lo que se decidió convertir a laparotomía media supraumbilical. De esta forma, se identificó asa distal invaginada dentro de la entero-entero anastomosis, logrando la reducción de la misma, con asa vital (Figura 2). Se descartan filtraciones u otras alteraciones a nivel de la anastomosis. No hubo otros hallazgos dentro de la cirugía. No se dejó drenaje.

Durante el posoperatorio, la paciente es manejada con analgesia, régimen progresivo a tolerancia y tratamiento antibiótico con ceftriaxona y metronidazol, evolucionando de manera favorable, sin dolor, deambulando sin

inconvenientes, con buena tolerancia oral y tránsito intestinal conservado. Dada la buena evolución, al tercer día posoperatorio se decide alta hospitalaria.

Durante el seguimiento posoperatorio a seis meses, la paciente se ha mantenido en buenas condiciones, sin dolor ni otras molestias asociadas.

DISCUSIÓN

La intususcepción intestinal post *bypass* gástrico emerge como una complicación infrecuente, pero importante a considerar y tener presente, de la cirugía bariátrica con *bypass* gástrico. Según reportes, esta complicación tendría una incidencia cercana a 0.64%.⁷ Ésta puede surgir como una complicación tardía en pacientes con antecedentes de este tipo de cirugía.⁸ En las complicaciones tardías más frecuentes del *bypass* gástrico destacan la hernia interna, la úlcera y la estenosis de la anastomosis. Sin embargo, la intususcepción es tan infrecuente



Figura 1: Tomografía computarizada de abdomen y pelvis con contraste que evidencia intususcepción de asa intestinal, pero que el informe radiológico describe como “hernia interna”.



Figura 2: Reducción de asa intestinal invaginada.

que, en la mayoría de los trabajos que reportan complicaciones tardías secundarias a *bypass* gástrico, ni siquiera la menciona.⁹ En el caso expuesto en este trabajo, la intususcepción se presentó de forma tardía, luego de cinco años de haber sido operada de su cirugía bariátrica.

En términos de epidemiología, destaca la preponderancia de la intususcepción en mujeres, con una incidencia notablemente baja en la población general postcirugía bariátrica. Este patrón sugiere un posible componente hormonal o una predisposición anatómica en mujeres que podría influir en el desarrollo de esta complicación específica en el contexto del *bypass* gástrico.⁷ Tal como se expone en la literatura, el caso presentado es una paciente femenina, pudiendo explicarse por alguno de los motivos etiológicos antes expuestos.

La intususcepción en población adulta es infrecuente y suele estar relacionada con algún tumor intestinal, enfermedad inflamatoria, divertículo de Meckel, entre otras.¹⁰ La etiología de la intususcepción intestinal post *bypass* gástrico es incierta. Algunas teorías hacen referencia a que podría estar relacionada con trastornos de motilidad intestinal posteriores al

procedimiento o cambios tróficos intraabdominales.⁸ Otra de las teorías hace referencia a que las líneas de corchetes podrían actuar como punto de tracción,¹¹ o que la baja excesiva de peso podría disminuir la tracción de los mesos y dejando al intestino más propenso a esta condición.¹² En el caso expuesto, la causa etiológica podría deberse a cualquiera de estos motivos, ya que la paciente cumple con las características de los tres motivos que se exponen.

Generalmente, la intususcepción post *bypass* gástrico ocurre en relación con la entero-entero anastomosis y se caracteriza por su naturaleza retrógrada, lo que presenta desafíos adicionales en su diagnóstico⁵ y manejo. Esto fue precisamente lo que ocurrió con la paciente presentada en este caso.

El diagnóstico de la intususcepción post *bypass* gástrico puede ser un desafío debido a la presentación clínica inespecífica y la necesidad de pruebas de imagen para confirmar el diagnóstico. Los síntomas abdominales recurrentes, como dolor, náuseas y vómitos, pueden atribuirse a diversas causas en pacientes postcirugía bariátrica, lo que dificulta la identificación temprana de la intususcepción. En este sentido, la tomografía computarizada (TC) se erige como una herramienta diagnóstica fundamental para visualizar la intususcepción intestinal y guiar la planificación terapéutica.^{5,13} En el caso expuesto, si bien se realizó TC, el informe arrojó un diagnóstico diferente, por lo que no queda clara la utilidad del TC particularmente en el caso expuesto.

En lo que respecta al tratamiento, la cirugía continúa siendo el pilar principal para abordar la intususcepción post *bypass* gástrico. Múltiples estrategias quirúrgicas están disponibles, desde la reducción de la invaginación hasta la resección intestinal con revisión de la anastomosis.⁵ La elección del enfoque quirúrgico dependerá principalmente de la vitalidad del tejido, siendo determinante la presencia de necrosis o perforación. En caso de asa intestinal desvitalizada, la recomendación es la resección del segmento comprometido.¹⁴ Sin embargo, cuando el asa invaginada se encuentra vital luego de ser reducida, existen diferentes alternativas de manejo, entre las que destaca la reducción simple, fijación del asa intestinal o resección intestinal. Si bien la resección intestinal puede asociarse con

menores tasas de recurrencia, es fundamental considerar cuidadosamente los riesgos y beneficios de cada opción terapéutica en el contexto clínico específico del paciente.⁷ En el caso expuesto, dada la reducción del asa invaginada y la vitalidad de la misma, se decidió realizar un manejo conservador sin resección intestinal ni de anastomosis. Con este manejo, la paciente evolucionó favorablemente. Dado lo anterior, es importante tener en consideración la opción de realizar un manejo conservador, siempre y cuando se cuente con los medios necesarios para poder reintervenir oportunamente al paciente en caso de presentar síntomas o signos que sugieran una nueva complicación.

CONCLUSIONES

La intususcepción de asa delgada en pacientes con antecedentes de *bypass* gástrico representa un desafío clínico significativo, que requiere de una cuidadosa consideración de las opciones terapéuticas disponibles. La comprensión de esta complicación y su manejo adecuado son esenciales para mejorar los resultados a largo plazo en pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

REFERENCIAS

1. Petermann-Rocha F, Martínez-Sanguinetti MA, Villagrán M, Ulloa N, Nazar G, Troncoso-Pantoja C, et al. Desde una mirada global al contexto chileno: ¿Qué factores han repercutido en el desarrollo de obesidad en Chile? (Parte 1). *Rev Chil Nutr.* 2020; 47: 299-306. doi: 10.4067/S0717-75182020000200299.
2. Estimate of Bariatric Surgery Numbers, 2011-2017. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery. Accessed June 29, 2018. Available in: <https://asmbs.org/resources/estimate-of-bariatric-surgery-numbers/>
3. Lim R, Beekley A, Johnson DC, Davis KA. Early and late complications of bariatric operation. *Trauma Surg Acute Care Open.* 2018; 3: e000219. doi: 10.1136/tsaco-2018-000219.
4. Kassir R, Debs T, Blanc P, Gugenheim J, Ben Amor I, Boutet C, et al. Complications of bariatric surgery: presentation and emergency management. *Int J Surg.* 2016; 27: 77-81. doi: 10.1016/j.ijssu.2016.01.067.
5. González-Carreró Sixto C, Baleato-González S, García Palacios JD, Sánchez Bernal S, Junquera Olay S, Bravo González M, et al. Intestinal intussusception in adults: location, causes, symptoms, and therapeutic management. *Radiología (Engl Ed).* 2023; 65: 213-221. doi: 10.1016/j.rxeng.2022.10.005.
6. Norero ME, Raddatz EA, Guzman BS. Intususcepción intestinal posterior a *bypass* gástrico en Y de Roux. *Rev Chil Cir.* 2010; 62: 175-178.
7. Oor JE, Goense L, Wiezer MJ, Derksen WJM. Incidence and treatment of intussusception following Roux-en-Y gastric bypass: a systematic review and meta-analysis. *Surg Obes Relat Dis.* 2021; 17: 1017-1028. doi: 10.1016/j.soard.2021.01.006.
8. Singla S, Guenthart BA, May L, Gaughan J, Meilahn JE. Intussusception after laparoscopic gastric bypass surgery: an underrecognized complication. *Minim Invasive Surg.* 2012; 2012: 464853. doi: 10.1155/2012/464853.
9. Osland EJ, Yunus RM, Khan S, Memon MA. Late (≥ 5 y) Complications of Laparoscopic Vertical Sleeve Gastrectomy (LVSG) and Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass (LRYGB): a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2022; 32: 501-513. doi: 10.1097/SLE.0000000000001065.
10. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, Dafnios N, Anastasopoulos G, Vassiliou I, et al. Intussusception of the bowel in adults: a review. *World J Gastroenterol.* 2009; 15: 407-411.
11. Coster D, Sundberg S, Kermode D, Beitzel D, Noun S, Severidt M. Small bowel obstruction due to antegrade and retrograde intussusceptions after gastric bypass: three case reports in two patients, literature review, and recommendations for diagnosis and treatment. *Surg Obes Relat Dis.* 2008; 4: 69-72.
12. Ver Steeg K. Retrograde intussusception following Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg.* 2006; 16: 1101-1103.
13. Zaigham H, Ekelund M, Lee D, Ekberg O, Regnér S. Intussusception after Roux-en-Y gastric bypass: correlation between radiological and operative findings. *Obes Surg.* 2023; 33: 475-481. doi: 10.1007/s11695-022-06377-2.
14. Simper S, Erzinger J, Mckinlay R, Smith S. Retrograde (reverse) jejunal intussusceptions might not be such a rare problem: a single group's experience of 23 cases. *Surg Obes Relat Dis.* 2008; 4: 77-83.

Correspondencia:

Pascale Sallaberry Schlesinger

E-mail: psallaberry@miuandes.cl