

Intususcepción intestinal como complicación posoperatoria de *bypass* gástrico

Intestinal intussusception as a postoperative complication of gastric bypass

Perla X. López-Almanza^{1*}, Daniel González-Hermosillo-Cornejo², Gerardo A. Montalvo-Domínguez³, Enrique Reyes-Rodríguez³ y Pablo Andrade-Martínez-Garza²

¹Escuela de Medicina, Universidad Panamericana; ²Departamento de Cirugía General, Fundación Clínica Médica Sur; ³Posgrado de Cirugía General, Fundación Clínica Médica Sur y Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle. Ciudad de México, México

Resumen

El método de referencia en la cirugía bariátrica es el *bypass* gástrico laparoscópico, que consiste en la creación de una bolsa gástrica pequeña, anastomosada al tracto digestivo mediante una Y de Roux. Presentamos el caso de una mujer de 41 años con el antecedente de un *bypass* gástrico laparoscópico realizado 8 años antes, quien ingresó al servicio de urgencias refiriendo dolor abdominal grave. La tomografía computarizada abdominal evidenció una intususcepción a nivel de la anastomosis yeyuno-yeyuno, por lo que se realizó una laparotomía exploradora con reducción de la intususcepción. Se debe considerar la intususcepción intestinal como complicación posoperatoria de *bypass* gástrico.

Palabras clave: Intususcepción. *Bypass* gástrico. Cirugía bariátrica.

Abstract

The gold standard for bariatric surgery is the laparoscopic gastric bypass, which consists in forming a small gastric pouch and a Roux-en-Y anastomosis. We present the case of a 41-year-old female who underwent a laparoscopic gastric bypass 8 years prior to her admission to the emergency room, where she arrived complaining of severe and colicky epigastric abdominal pain. The abdominal computed tomography showed a jejuno-jejunal intussusception, for which the patient underwent urgent exploratory laparotomy with intussusception reduction. Intestinal intussusception is a possible postoperative complication of a Roux-en-Y gastric bypass.

Keywords: Intussusception. Gastric bypass. Bariatric surgery.

*Correspondencia:

Perla X. López-Almanza

E-mail: ximena.lopezalmanza@gmail.com

0009-7411/© 2021 Academia Mexicana de Cirugía. Publicado por Permayer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 28-10-2021

Fecha de aceptación: 23-11-2021

DOI: 10.24875/CIRU.21000795

Cir Cir. 2024;92(1):120-123

Contents available at PubMed

www.cirugiaycirujanos.com

Introducción

La cirugía bariátrica y metabólica se realiza cada vez con más frecuencia en respuesta a la mayor incidencia de obesidad y sobrepeso en México y en todo el mundo, así como a la mayor demanda de los pacientes para someterse a este tipo de procedimientos. Las indicaciones principales para realizar una cirugía bariátrica son un índice de masa corporal $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ o entre 35 y 40 kg/m^2 asociado a alguna comorbilidad mayor (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, síndrome de apnea obstructiva del sueño o dislipidemia)¹.

El método de referencia para la cirugía bariátrica actualmente es el *bypass* gástrico laparoscópico, que consiste en la creación de un reservorio gástrico de unos 30 ml de capacidad, que se anastomosa al tracto intestinal mediante una Y de Roux. El cirujano debe considerar que las complicaciones posquirúrgicas de la cirugía bariátrica y del *bypass* gástrico laparoscópico no son inocuas.

A continuación, presentamos el caso de una paciente que acude al servicio de urgencias con un cuadro de obstrucción intestinal tras una cirugía de *bypass* gástrico, así como una revisión de la literatura disponible.

Caso clínico

Mujer de 41 años con antecedente quirúrgico de *bypass* gástrico laparoscópico realizado 8 años antes, quien se presentó al servicio de urgencias refiriendo dolor abdominal localizado en el epigastrio, de tipo cólico, irradiado a la espalda, 7/10 en la escala numérica análoga (ENA) de dolor, que se exacerbó tras la ingesta de alimentos y disminuyó al presentar vómito en dos ocasiones. Este cuadro progresó sintómicamente hasta ENA 10/10, motivo por el cual decidió acudir al servicio de urgencias. En la exploración física se encontró un abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda, con peristalsis aumentada en intensidad y frecuencia. Como parte del abordaje diagnóstico se realizaron estudios de laboratorio, mismos que fueron reportados dentro de rangos normales, y una tomografía computarizada (TC) simple de abdomen (Fig. 1) que evidenció una intususcepción a nivel de la anastomosis yeyuno-yeyuno. Consecuentemente, se programó para manejo quirúrgico urgente, realizándose laparotomía exploradora con reducción de la intususcepción intestinal por taxis y lisis de adherencias (Figs. 2 y 3). Como hallazgos, se reportó una

intususcepción de 20 cm de intestino delgado en la anastomosis yeyuno-yeyuno, tras lo cual la paciente cursó 5 días de estancia hospitalaria con adecuada evolución, logrando su egreso sin complicaciones al sexto día.

Discusión

El *bypass* gástrico en Y de Roux es un procedimiento bariátrico de tipo restrictivo y malabsortivo desarrollado en el año de 1966 por Mason. Hoy en día, el *bypass* gástrico realizado por vía laparoscópica es el procedimiento bariátrico de elección^{2,3}. Consiste en la creación de un reservorio gástrico pequeño que se anastomosa al tracto intestinal mediante una Y de Roux. El yeyuno se secciona a una distancia de 60-80 cm del ángulo de Treitz para formar el asa biliopancreática y de forma antecólica se realiza una anastomosis gastro-yeyuno. Finalmente, se reconstruye el resto del tránsito intestinal con una anastomosis yeyuno-yeyuno a 100 cm del ángulo de Treitz, formando así el asa alimentaria¹.

Las complicaciones que se pueden presentar tras un *bypass* gástrico incluyen ulceración, estenosis o fuga de la anastomosis, fístula gastro-gástrica y obstrucción intestinal secundaria a adherencias o hernia interna⁴. Debido a la prevalencia de la cirugía bariátrica, el número de complicaciones posoperatorias ha aumentado de manera exponencial; sin embargo, menos de 200 casos de intususcepción intestinal posoperatoria han sido reportados en la literatura médica⁵.

La intususcepción intestinal es una complicación del *bypass* gástrico extremadamente rara, pero que puede ser catastrófica⁶. De ocurrir, lo más común es en el sitio de la anastomosis yeyuno-yeyuno, con una incidencia reportada del 0.1-1% de los pacientes sometidos a *bypass* gástrico⁷. Se ha visto que una longitud de la anastomosis yeyuno-yeyuno de más de 60 mm puede asociarse con mayor incidencia de intususcepción y otras complicaciones^{8,9}. La presentación clínica será principalmente distensión abdominal e imposibilidad para evacuar, junto con dolor abdominal agudo y grave que se presenta aproximadamente 25 a 52 meses posterior a la cirugía de *bypass* gástrico⁸⁻¹⁰. El estudio de imagen de elección para el diagnóstico es la TC simple de abdomen, en la que se evidenciará engrosamiento y edema de la pared intestinal, dilatación de asas intestinales proximales y signo de la diana en un corte sagital^{4,11-13}.

Una vez que se sospecha obstrucción intestinal alta en pacientes bariátricos, se recomienda una intervención quirúrgica temprana para evitar el compromiso

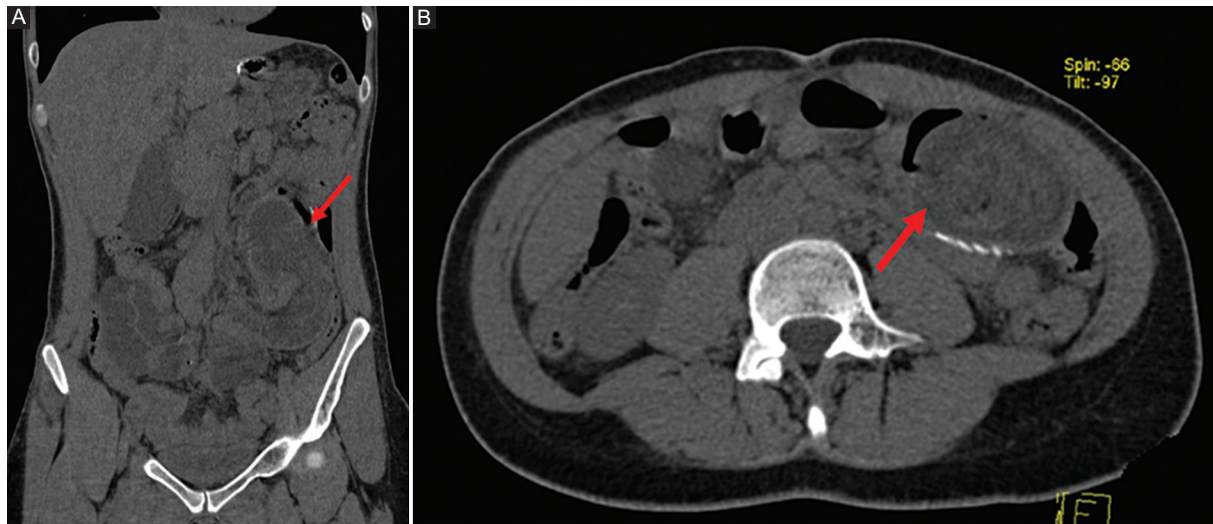


Figura 1. Tomografía computarizada simple de abdomen. Evidencia de intususcepción a nivel de la anastomosis yeyuno-yeyuno (flecha). **A:** corte coronal. **B:** corte transversal.

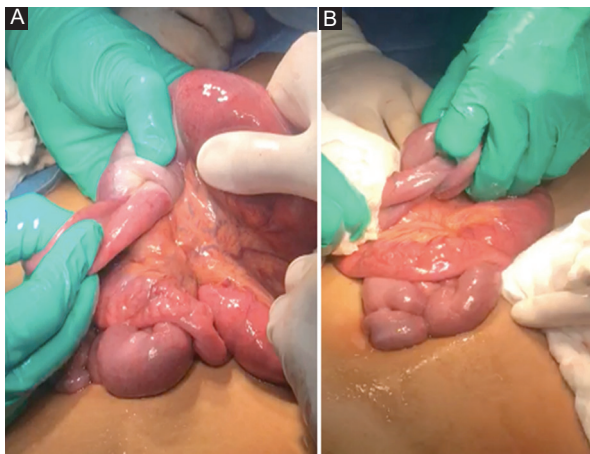


Figura 2. Procedimiento quirúrgico (laparotomía exploradora). **A:** intususcepción intestinal de la anastomosis yeyuno-yeyuno. **B:** reducción de la intususcepción por taxis.

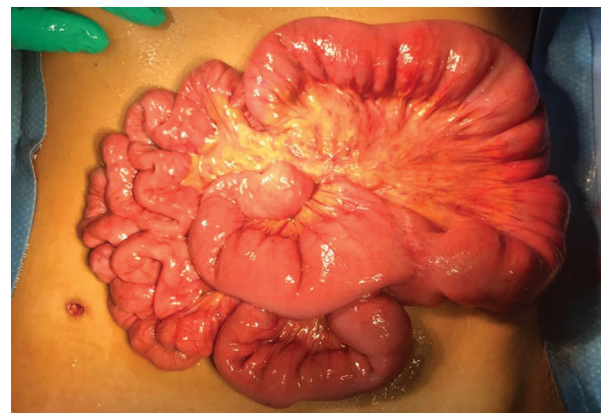


Figura 3. Procedimiento quirúrgico: reducción intestinal completa con adecuada viabilidad intestinal.

vascular que causaría isquemia intestinal y necrosis^{7,11}. El manejo quirúrgico es prioritario, ya que la endoscopia no tiene acceso directo al sitio de la intususcepción⁴. De manera transoperatoria, ante el hallazgo de intestino isquémico o no reducible, se debe realizar obligatoriamente una resección de la anastomosis yeyuno-yeyuno^{6,8,9}. El tratamiento de elección es la laparotomía con reducción de la intususcepción en menos de 48 horas para garantizar la viabilidad intestinal. Como buena práctica, los expertos recomiendan fijar el yeyuno reducido a algún tejido adyacente, como el mesocolon, el colon o el estómago, para prevenir la recurrencia. La temporalidad y la rapidez en el

diagnóstico y el tratamiento son de importancia, ya que si la cirugía se hace dentro de las primeras 48 horas la mortalidad es del 10%, pero si se realiza después de 48 horas puede ser hasta del 50%^{5,11}.

Conclusión

La cirugía de la obesidad mórbida es actualmente el tratamiento más efectivo por sus beneficios a corto y largo plazo. Dentro de las opciones de procedimientos bariátricos, el *bypass* gástrico laparoscópico es el método de referencia. Sin embargo, es de crucial importancia conocer las complicaciones asociadas, así como

su diagnóstico y tratamiento temprano, para disminuir la morbimortalidad asociada en estos pacientes.

Se reporta el caso de una paciente con intususcepción intestinal posterior a un *bypass* gástrico, una complicación rara, pero potencialmente fatal, en este tipo de cirugía bariátrica. Se debe considerar la intususcepción intestinal como diagnóstico diferencial en todo paciente con datos de obstrucción intestinal y antecedente de *bypass* gástrico.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento ni ayuda específica proveniente del sector público o privado para llevar a cabo este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el

artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Uso de inteligencia artificial para generar textos.

Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

1. González D, Arreola DA, Díaz A, Álvarez DA, López C. Cirugía bariátrica y metabólica, una perspectiva histórica desde sus inicios. *El Residente*. 2016;11:88-95.
2. Mitchell BG, Gupta N. Roux-en-Y gastric bypass. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553157/>.
3. Seeras K, Philip K, Baldwin D, Prakash S. Laparoscopic gastric bypass. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK518968/>.
4. Schulman AR, Thompson C. Complications of bariatric surgery: what you can expect to see in your GI practice. *Am J Gastroenterol*. 2017;112:1640-55.
5. Loi CM, Huang SY, Chen YD, Chen SD, Wu JM, Chen KH. Retrograde jejuno gastric intussusception: a case report and review of the literature. *Asian J Surg*. 2017;40:309-12.
6. Varban O, Ardestani A, Azagury D, Lautz D, Vernon AH, Robinson MK, et al. Resection or reduction? The dilemma of managing retrograde intussusception after Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis*. 2013;9:725-30.
7. Shimizu H, Maia M, Kroh M, Schauer PR, Brethauer SA. Surgical management of early small bowel obstruction after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis*. 2013;9:718-24.
8. Orthopoulos G, Grant HM, Sharma P, Thompson E, Romanelli JR. S054: Incidence and management of jejunojejunal intussusception after Roux-en-Y gastric bypass: a large case series. *Surg Endosc*. 2020;34:2204-10.
9. Stephenson D, Moon RC, Teixeira AF, Jawad MA. Intussusception after Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis*. 2014;10:666.
10. Woodfield CA, Levine MS. The postoperative stomach. *Eur J Radiol*. 2005;53:341.
11. de Bakker JK, van Namen YW, Bruin SC, de Brauw LM. Gastric bypass and abdominal pain: think of Petersen hernia. *JSLs*. 2012;16:311-3.
12. Mullan CP, Siewert B, Eisenberg RL. Small bowel obstruction. *AJR Am J Roentgenol*. 2012;198:W105-17.
13. Radiología abdominal urgente. Qué, cuándo y cómo. *Revista Oficial de la SEDIA*. 14 Congreso de la Sociedad Española de Diagnóstico por Imagen del Abdomen. 2014;14. Disponible en: <https://www.sedia.es/revista-radiologica-abdominal/>.