

Hernia interna tras bypass gastroyeyunal. ¿Podríamos evitarlo?

Gema Giner Merino, Jose Antonio Bravo Hernández, Juan Pérez Legaz, Jose Manuel Navarro Rodríguez, Ana Tomás Martínez, Beatriz Remezal Serrano, Pilar Serrano Paz

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario del Vinalopó, Elche

E-mail: gemaginer@icloud.com

DOI: <https://www.doi.org/10.53435/funj.00938>

Recepción: 29-Julio-2023

Aceptación: Septiembre-2023

Publicación online: Nº Octubre 2023

Resumen

La hernia interna (HI) es la causa más frecuente de obstrucción intestinal tras bypass gastroyeyunal laparoscópico (BGYL) con una incidencia según las series entre el 4-17 %^{1,2}. La clínica es inespecífica por lo que su diagnóstico puede ser todo un reto. Puede presentarse como dolor crónico intermitente hasta isquemia intestinal o encarceración aguda^{1,2,3}. Según las últimas series la incidencia de HI sin cierre de los defectos alcanza el 15,5% a los 5 años de seguimiento frente al 6,5 % tras el cierre².

Presentamos el caso de un varón con antecedente de BGL hace 9 años que consulta por dolor abdominal y vómitos de forma repetida.

Palabras clave:

- Bypass gastroyeyunal
- Oclusión
- Hernia interna
- Ojal mesentérico

Internal hernia after gastrojejunal bypass. Could we avoid them?

Abstract

Internal hernia (IH) is the most frequent cause of intestinal obstruction after laparoscopic gastrojejunal bypass (LGB) with an incidence between 4-17% according to the series (1,2). The symptoms are not specific so its diagnosis can be quite a challenge. It can present itself as intermittent chronic pain up to intestinal ischemia or acute incarceration (1,2,3). According to the latest series, the incidence of IH without closure of the defects reaches 15.5% at 5 years of follow-up

compared to 6.5% after closure(2). We present the case of a patient, male with a history of LGB 9 years ago who consulted for repeated abdominal pain and vomiting.

Keywords:

- Gastrojejunal bypass
- Occlusion
- Internal hernia
- Mesenteric hole

Introducción

El bypass gástrico laparoscópico ha demostrado ser uno de los procedimientos más efectivos y seguros para el tratamiento de la obesidad mórbida y sus comorbilidades¹. A pesar de la baja tasa de morbimortalidad, no está exento de complicaciones. La hernia interna (HI) es la causa más frecuente de obstrucción intestinal post BGL con una incidencia según las series entre el 4-17 %². El signo radiológico más frecuente es la presencia arremolinada de los vasos mesentéricos (70-100% especificidad). La clínica es inespecífica por lo que su diagnóstico puede

ser todo un reto¹. La forma de presentación puede variar desde dolor crónico intermitente hasta isquemia intestinal o encarceración aguda^{1,2,3}. Presentamos el caso de un varón con antecedente de BGL hace 9 años que consulta por dolor abdominal y vómitos de repetición.

Material y métodos

Varón de 43 años ingresado en Medicina Interna por múltiples consultas de dolor abdominal y vómitos a estudio. No presenta antecedentes médicos de interés, intervenido de BPGL en

2014 en Colombia y en 2016 de peritonitis apendicular por laparotomía media. Presenta dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho con análisis sanguíneo sin alteraciones. Se realiza un TAC dados los antecedentes de cuadros oclusivos con la sospecha de adherencias o la presencia de una hernia interna (Figura 1). Tras confirmar la sospecha de hernia transmesentérica se interviene de urgencia, identificando gran parte de intestino delgado herniado a través del orificio del meso en la raíz de la Vena Mesentérica superior (Figura 2). Tras reducir dicho contenido se cierra el orificio con seda 2/0 a puntos sueltos. Después de 4 días de ingreso el paciente fue dado de alta con una correcta tolerancia, manejo del dolor y tránsito intestinal.



Figura 1 y 2: TAC abdominal se observa signo del remolino de los vasos mesentéricos. Imagen intraoperatoria del ojal mesentérico.

Resultados

La HI tiene lugar cuando el intestino delgado cruza a través de los defectos de espacio creados en el mesenterio por el acto quirúrgico tras el adelgazamiento de los mesos del intestino⁴; puede ocurrir a través del mesocolon transversal (si el BGY fue retrocólico), del espacio de Petersen (espacio virtual entre el asa alimentaria y el mesocolon transversal) y por último a través del defecto mesentérico¹ tal y como sucedió en nuestro caso.

Discusión

Kristensen et al incluyen a 401 pacientes en un ensayo clínico randomizado y muestran que el cierre del mesenterio con clips reduce el riesgo de herniación tras 5 años de seguimiento frente no cerrar el defecto². Además, compara los resultados de dicho cierre frente cierre con sutura recogidos en la literatura³ y muestra que es más efectiva la sutura (con un riesgo de HI del 7,3% vs 6,9% a los 5 años). No obstante, el cierre con sutura asocia mayor riesgo de complicaciones post operatorias (sangrado, desgarro, torsión pie de asa)².

Según las últimas series la incidencia de HI sin cierre de los defectos alcanza el 15, 5% a los 5 años de seguimiento frente al 6,5 % tras el cierre². La mayor incidencia en la vía laparoscópica se explica por las menores adherencias postoperatorias que se producen con dicha vía de acceso, asimismo la vía retrocólica ha reportado mayor incidencia que la antecólica¹.

Conclusiones

Existe cierta variabilidad entre las técnicas para cerrar los defectos mesentéricos por lo que el análisis de los estudios se ve comprometido y existe poca literatura con series aleatorizadas. Finalmente, pese a aumentar el tiempo quirúrgico y no existir actualmente una manera estandarizada de realizar dicho cierre es recomendable el cierre de los defectos mesentéricos ya que disminuye la incidencia de una complicación que puede tener un desenlace fatal.

Bibliografía

1. Díaz Jara R. Cierre de brechas mesentéricas en bypass gástrico laparoscópico. *Rev Chil Cirugia [Internet]. Septiembre de 2017 [consultado el 19 de agosto de 2023];69(5):371-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rchic.2017.04.004>*
2. Kristensen SD, Gormsen J, Naver L, Helgstrand F, Floyd AK. Randomized clinical trial on closure versus non-closure of mesenteric defects during laparoscopic gastric bypass surgery. *Br J Surg [Internet]. Mar 2021 [consultado el 19 de agosto de 2023];108(2):145-151. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/bjs/znaa055>*
3. Stenberg E, Szabo E, Ågren G, Ottosson J, Marsk R, Lönroth H, Boman L, Magnuson A, Thorell A, Näslund I. Closure of mesenteric defects in laparoscopic gastric bypass: a multicentre, randomised, parallel, open-label trial. *Lancet [Internet]. Abril de 2016 [consultado el 19 de agosto de 2023];387(10026):1397-404. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)01126-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)01126-5)*
4. Farré Font R, Güell Farré M, Libori Ramos R. Reparación quirúrgica de hernias internas oclusivas en el postoperatorio tardío de by-pass gástrico en pacientes con pérdida de peso importante. *Cirugía Espanola [Internet]. Junio de 2012 [consultado el 19 de agosto de 2023];90(6):402-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2010.11.011>*

©2023 seco-seedo. Publicado por bmi-journal.
Todos los derechos reservados.

