

Intususcepción retrógrada posterior a gastroyeyunoanastomosis. Informe de un caso

Dr. José Luis Martínez-Ordaz,* Dra. Ana Sesman-Bernal,* Dr. Miguel Ángel Ríos-Nava,** Dr. Gustavo Aarón Monter-Carreola,** Dr. Roberto Blanco-Benavides*

*Servicio de Gastrocirugía. Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. **Servicio de Imagenología Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Correspondencia: Dr. José Luis Martínez Ordaz, José Torres Torija #13. Circuito Médicos. Ciudad Satélite. Naucalpan de Juárez. Estado de México, CP 53100

Recibido para publicación: 30 de noviembre de 2001.

Aceptado para publicación: 22 de mayo de 2001.

RESUMEN Objetivo: reportar un caso de intususcepción retrógrada yeyunogástrica en una paciente después de cirugía gástrica, que requirió tratamiento quirúrgico para su resolución. **Antecedentes:** la intususcepción es una patología que afecta más frecuentemente a los niños. Se reporta aproximadamente 5% de los casos en adultos, y en la mayor parte de estos pacientes hay una causa que origina la intususcepción. La intususcepción yeyunogástrica retrógrada es una complicación rara posterior a la realización de gastroyeyunoanastomosis. Se presenta con dolor abdominal, náusea y vómito, así como datos de hemorragia gastrointestinal. El diagnóstico preoperatorio es difícil y se basa en la sospecha clínica y estudios de imagen. **Método:** una paciente con intususcepción retrógrada posterior a cirugía gástrica con dolor abdominal y hemorragia del aparato digestivo. **Resultados:** a la paciente se le realizó reducción quirúrgica de la intususcepción. La evolución postoperatoria fue satisfactoria. **Conclusión:** el tratamiento de la intususcepción en los adultos es quirúrgico porque 90% tiene una causa aparente. La intususcepción yeyunogástrica se trata quirúrgicamente y la reducción simple es el procedimiento de elección en la mayoría de los pacientes.

Palabras clave: intususcepción, complicaciones quirúrgicas, cirugía gástrica.

SUMMARY Objective: We report a case of retrograde jejuno gastric intussusception in a patient with previous gastric surgery who required surgical treatment for its resolution. **Background:** While intussusception is relatively common in children, it is infrequently seen in adults. Five percent of all cases occur in adults and in 90% of these, there is a lead point, a well-definable pathologic abnormality. Retrograde jejuno gastric intussusception is a rare complication after gastrojejunostomy. The most common symptoms are pain, nausea, vomiting and blood per rectum. Diagnosis of adult intussusception is often difficult and is based in clinical suspicion and non-invasive techniques. **Method:** A case of a retrograde intussusception in a patient after gastric surgery who presented with abdominal pain and gastrointestinal bleeding. **Results:** The patient underwent surgical treatment with reduction of the intussusception. The postoperative evolution was satisfactory. **Conclusions:** Management of intussusception in adults is usually laparotomy and in 90% of cases, a pathologic lesion will be identified. Retrograde jejuno gastric intussusception is also managed surgically and simple reduction is the accepted form of treatment in most cases.

Key words: Intussusception, surgical complications, gastric surgery.

INTRODUCCIÓN

La intususcepción es una patología que se presenta generalmente en pacientes pediátricos. La mayor parte corresponde al intestino proximal que se invagina distalmente hacia sí mismo. También se han reportado casos en que el intestino distal es el que se invagina hacia el proximal (retrógrada).

La intususcepción retrógrada yeyunogástrica es una complicación muy rara de la cirugía gástrica, generalmente posterior a la realización de gastroyeyunoanastomosis, aunque también ha sido reportada posterior a otro tipo de cirugías gástricas como gastrostomía. El primer caso fue reportado en 1914 por Bozzi. En 1940 Shackman realiza una clasificación de acuerdo con el segmento de yeyuno que se introduce hacia el estómago. Exis-

ten múltiples causas para explicar la formación de esta patología, sin embargo, aún no se encuentra totalmente entendida.

El diagnóstico de la intususcepción retrógrada yeyunogástrica es difícil, y generalmente se realiza en el quirófano, porque la mayor parte de los pacientes es intervenida quirúrgicamente. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica, apoyado en estudios de imagen tales como serie esófago-gastro-duodenal, ultrasonido y tomografía computada.

Se reporta el caso de una paciente del sexo femenino con intususcepción retrógrada de una gastroyeyunoanastomosis manifestada por dolor abdominal y hemorragia de tubo digestivo que se manejó quirúrgicamente.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino de 76 años de edad, con antecedentes de cirugía gástrica y gastroyeyunoanastomosis realizada 40 años antes sin especificar el motivo. Ingresó al servicio por dolor abdominal de cuatro días de evolución y hemorragia del aparato digestivo manifestada por melena. A la exploración física se le encontró pálida, con un tumor en epigastrio, liso, de aproximadamente 8 x 6 cm, doloroso a la palpación y sin datos de irritación peritoneal. Los exámenes de laboratorio con hemoglobina de 8.2 g/dL, sin otras alteraciones que mencionar. Por la presencia de melena se le realizó endoscopia en la que se evidenció tumoración exofítica lisa en estómago sin evidencia de hemorragia activa (*Figura 1*). Por esta razón se le realizó tomografía computada de abdomen corroborando la misma lesión intragástrica, pero con apariencia de asa intestinal con mesenterio (*Figuras 2 y 3*). Por sospecha de intususcepción se realizó



Figura 1. Imagen endoscópica.



Figura 2. Tomografía con imagen de asa intestinal intragástrica.



Figura 3. Tomografía con imagen de mesenterio (aspecto radiado) intragástrica.

ultrasonido donde se comprobó la presencia de asa intestinal intragástrica con peristalsis presente (*Figuras 4 y 5*), por lo que fue sometida a laparotomía exploradora de urgencia con el diagnóstico de intususcepción de gastroyeyunoanastomosis. Los hallazgos fueron intususcepción retrógrada de 45 cm de asa eferente de gastroyeyunoanastomosis, la cual fue reducida sin complicaciones y al no haber compromiso del asa se realizó plicatura



Figura 4. Corte transversal del asa en ultrasonido.



Figura 5. Corte longitudinal del asa en ultrasonido.

intestinal transmesentérica para evitar nuevos eventos. La evolución postoperatoria de la paciente fue satisfactoria y fue egresada sin complicaciones.

DISCUSIÓN

La intususcepción es una patología que en 95% de los casos se presenta en pacientes pediátricos; la mayor parte de estos casos son eventos idiopáticos. Éstos pueden ser manejados conservadoramente hasta en 80% de los casos al ser reducidos efectivamente a través de una maniobra hidrostática o neumática. Esto contrasta con el adulto en quienes en 90% hay una causa que desencadena la intususcepción y la mayor parte son manejados quirúrgicamente.¹

Debido a su frecuencia, el diagnóstico de intususcepción en adultos es difícil, y la mayor parte se realiza al momento de la cirugía.

El mecanismo patogénico de la intususcepción idiopática no está bien entendido. En 90% de los adultos existe un punto de inicio en el intestino, por ejemplo: un pólipo. La peristalsis y el alimento empujan la lesión con el intestino adyacente normal (intussusceptum) que se introduce en el intestino normal distal a él (intussuscipiens). Al aumentar el primero se compromete la circulación del mismo con el consecuente edema que puede progresar a isquemia y necrosis del segmento intestinal.^{1,3}

Se han reportado casos, en pacientes con gastroyeyunoanastomosis, con intususcepción del yeyuno hacia el estómago (de manera retrógrada), como en la paciente aquí reportada, aunque esto es muy raro. El primero fue reportado por Bozzi en 1914. En 1940 Shackman propone una clasificación: tipo I cuando afecta al asa aferente, tipo II cuando afecta al asa eferente (como en este caso) y tipo III cuando afecta a ambas asas (Figura 6). El mecanismo relacionado con este tipo de intususcepción no está completamente determinado. Dentro de los factores que se mencionan son antiperistalsis (la cual puede ser producida cuando el contenido gástrico ácido se vacía directamente en el yeyuno, lo que condiciona contracciones espásticas), asa eferente excesivamente móvil, asa aferente larga y la presencia de adherencias con

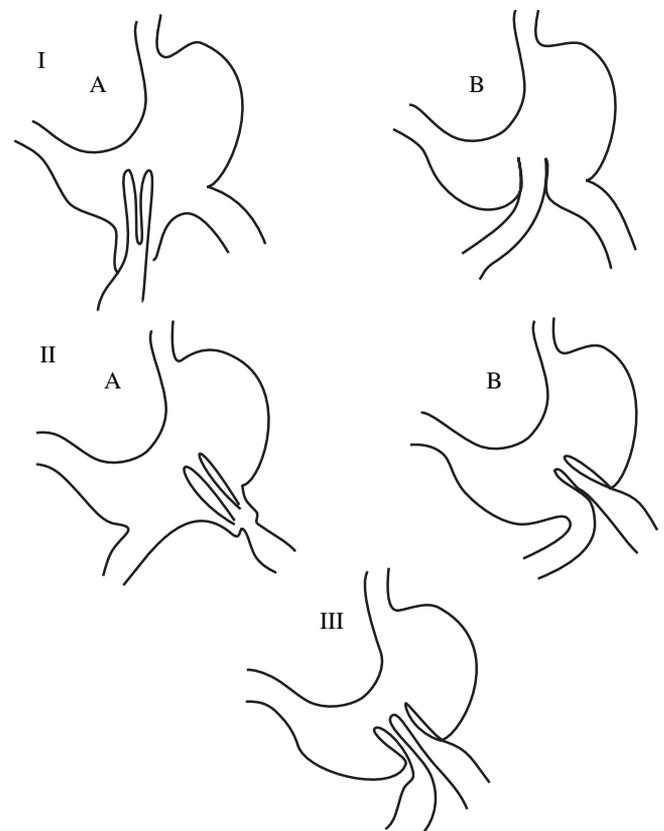


Figura 6. Clasificación de Shackman.

una boca anastomótica amplia. El tiempo de presentación entre la cirugía gástrica y la intususcepción se ha reportado desde el postoperatorio temprano hasta 30 años después.^{4,7}

La presentación clínica puede ser aguda o crónica. En la forma aguda hay dolor abdominal intenso, vómito que inicialmente es gástrico y que puede evolucionar a hematemesis al haber compromiso vascular del asa yeyunal. También puede manifestarse como un evento de oclusión intestinal aguda. En la crónica hay dolor abdominal, náusea y vómito, los cuales desaparecen al reducirse espontáneamente la intususcepción. La presencia de tumor abdominal, como en este caso, es reportada en 24% a 42% de los pacientes.^{2,3,6,8,9}

En cuanto los estudios que orientan hacia el diagnóstico, en los casos de oclusión intestinal las placas simples de abdomen darán información acerca de ésta. La serie esófago-gastro-duodenal puede demostrar un estómago dilatado con defectos de llenado con identificación de válvulas conniventes.^{5-7,10}

El ultrasonido ha sido utilizado para el estudio de los pacientes con sospecha de intususcepción y para algunos autores es el método diagnóstico de elección. Los datos más frecuentes incluyen el signo de dona o diana (tiro al blanco) en los cortes transversales (*Figura 4*), y el de seudorriñón en el corte transversal y oblicuo (*Figura 5*).^{3,11,12} En nuestro caso se observó la peristalsis del segmento de yeyuno dentro del estómago con lo que se corroboró completamente el diagnóstico. La mayor limitación del ultrasonido es la presencia de gas en el intestino, en nuestro caso esto fue disminuido, porque al momento de realizarlo se introdujeron en el estómago 300 mL de solución a través de sonda nasogástrica para crear una ventana para el ultrasonido.

Las características más frecuentemente encontradas en la tomografía computada de abdomen es la presencia de una lesión redondeada que está rodeada por áreas de baja densidad que posteriormente se modifican en zonas de capas al aumentar el edema y la congestión venosa del intususceptum (*Figuras 2 y 3*).¹³

Se puede realizar además endoscopia en la que se evidencia una tumoración polipoide con aspecto de resorte (*coil-spring*). No se recomienda la realización de biopsias de la tumoración, ya que frecuentemente tiene compromiso vascular y esto puede llevar a la perforación de la misma.^{1,10,14}

El tratamiento de la intususcepción yeyunogástrica retrógrada varía; la mayoría de los autores está de acuerdo en que la laparotomía es necesaria por la probabilidad de que exista una lesión que sea el origen de ésta.

En los pacientes que se presentan de forma aguda se recomienda la cirugía en las primeras 48 horas para evitar compromiso vascular del asa de yeyuno y un aumento de la morbimortalidad de los pacientes.^{6,7} Se sugiere desde la reducción simple, reducción simple con pexia o plicatura intestinal (como la realizada en esta paciente), hasta la resección intestinal con modificación de la cirugía gástrica inicial (por ej. conversión de la gastroyeyunoanastomosis en una gastroduodenoanastomosis).^{5,6}

La morbimortalidad de los pacientes depende de la presentación clínica y de los hallazgos transoperatorios. Es muy baja en pacientes con cuadros crónicos y que puede ser reducida fácilmente, hasta una mortalidad mayor de 50% en los pacientes con yeyuno estrangulado y perforado.^{5,7}

CONCLUSIÓN

La intususcepción es una enfermedad que afecta principalmente a pacientes pediátricos, sólo 5% de los casos es en adultos. En 90% de estos pacientes se identifica alguna causa que origine el evento. También han reportado casos de intususcepción retrógrada. El diagnóstico está basado en la sospecha clínica y en estudios de gabinete. La intususcepción yeyunogástrica es rara y secundaria probablemente a alteraciones fisiológicas y anatómicas derivadas de la cirugía. El tratamiento depende de los hallazgos al momento de la cirugía y el criterio del cirujano.

REFERENCIAS

1. Begos DG, Sandor A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg* 1997; 173: 88-94.
2. Flores AE, Suárez MR, Romero HT, Flores AAC, Esmer SD, Blanco BR. Intususcepción: una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. *Cir Gen* 2000; 22: 216-20.
3. Reijnen HAH, Joosten HJM, de Boer HHM. Diagnosis and treatment of adult intussusception. *Am J Surg* 1989; 158: 25-8.
4. Gerst PH, Iyer S, Murthy RM, Albu E. Retrograde intussusception as a complication of Roux-en-Y anastomosis. *Surgery* 1991; 110: 917-9.
5. Monroe LE, Murry JW. Retrograde jejuno gastric intussusception. *South Med J* 1979; 72: 541-4.
6. Källén R, Graffner H, Jönsson P-E. Jejuno gastric intussusception through enteroanastomosis after gastric resection. *Acta Chir Scan* 1986; 152: 637-40.
7. Beltrán AJ, Elizondo SL, Cervantes HC, Osorio ML. Invaginación retrógrada yeyunogástrica como complicación de la cirugía gástrica. *Rev Gastroenterol Mex* 1976; 41: 15-20.
8. Dean DL, Ellis FH, Sauer WG. Intususcepción in adults. *Arch Surg* 1956; 73: 6-11.
9. Stubenbord WT, Thorbjarnarson B. Intususcepción in adults. *Ann Surg* 1970; 172: 306-10.
10. Spitz L. Neonatal intestinal obstruction and intususcepción in childhood. In: Schwartz SI, Ellis H, editors. *Maingot's abdominal operations*. 9th ed. CT, USA. Appleton & Lange; 1994; p. 791-832.

11. Boyle MJ, Arkell LJ, Williams JT. Ultrasonic diagnosis of adult intussusception (Letter). *Am J Gastroenterol* 1993; 88: 617-8.
12. Lee H, Yeh H, Leu Y. Intussusception: The sonographic diagnosis and its clinical value. *J Paediatr Gastroenterol Nutr* 1989; 8: 343-7.
13. Bar-Ziv J, Solomon A. Computed tomography of adult colonic intussusception. *Gastrointest Radiol* 1991; 16: 264-6.
14. Hurwitz LM, Gertler SL. Colonoscopic diagnosis of ileocolic intussusception. *Gastrointest Endosc Clin North Am* 1986; 32: 217-8.