

Carta al director



Invaginación yeyunogástrica tras gastrectomía subtotal y gastroyeyunostomía en Y de Roux

Sr. Director:

Presentamos un caso de invaginación yeyunogástrica tras gastrectomía subtotal y gastroyeyunostomía en Y de Roux, en la que se invaginó el muñón del asa aferente. La radiografía simple de abdomen fue determinante en el diagnóstico.

Se trata de un paciente varón de 56 años de edad con antecedentes de úlcus duodenal que consultó por presentar un aumento de las molestias gástricas. Se realizó gastroscopia en la que se evidenció una úlcera de aspecto maligno en la *incisura angularis*, cuya biopsia reveló que se trataba de un adenocarcinoma. Los estudios radiológicos de extensión (radiografía de tórax, ecografía abdominal y tomografía computarizada [TC]) descartaron la existencia de metástasis.

En la intervención quirúrgica se observó una tumoralación gástrica sin infiltración aparente de la serosa y sin adenopatías macroscópicas ni metástasis a distancia. Se realizó gastrectomía subtotal y linfadenectomía D2. El tránsito intestinal se reconstruyó mediante anastomosis yeyunogástrica lateroterminal, en la porción más ventral del borde de sección gástrico. A continuación se construyó el pie de asa yeyunoyeyunal terminolateral. Se fijó el estómago al ojal practicado en el mesocolon dejando la anastomosis en posición inframesocólica. El estudio histopatológico demostró un adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal moderadamente diferenciado con metástasis ganglionares (estadio $PT_2N_1M_0$).

Tras una correcta evolución, en el quinto día postoperatorio el paciente comenzó con vómitos e intolerancia oral. En la radiografía simple se evidenció dilatación gástrica con nivel hidroaéreo. El cuadro clínico fue inicialmente diagnosticado de paresia gástrica; se procedió a la recolocación de la sonda nasogástrica, dieta absoluta y administración de prokinéticos. En el decimotercer día se realizaron de nuevo radiografías de abdomen que mostraron la persistencia de la dilatación gástrica. Se efectuaron un estudio baritado gastroduodenal y una gastroscopia; se apreció un prolapsus de mucosa que se interpretó como un edema de boca anastomótica. Sin embargo, dado que el paciente no mejoraba clínicamente, se revisaron las exploraciones radiológicas previas. La comparación de las primeras radiografías de abdomen realizadas al quinto día del curso postoperatorio, con las últimas obtenidas al decimotercer día demostraron un desplazamiento de la línea de sección (señalada por las



Fig. 1. Radiografía simple de abdomen realizada tras la instauración del cuadro obstructivo en la que se aprecia un desplazamiento de la línea de sección del asa de yeyuno proximal de la Y de Roux hacia el interior del remanente gástrico.

grapas) del asa de yeyuno proximal de la Y de Roux hacia el interior del muñón gástrico (fig. 1). Con la sospecha de invaginación aguda yeyunogástrica se decidió la intervención quirúrgica. Durante la reintervención se confirmó la invaginación del muñón del asa aferente del yeyuno reascendida. Se extirpó la anastomosis gastroyeyunal previa y se rehizo manualmente la anastomosis terminolateral transmesocólica. El curso postoperatorio transcurrió sin incidencias y el paciente fue dado de alta a los 7 días de la reintervención. El paciente se encuentra asintomático y libre de enfermedad 2 años después.

La invaginación yeyunogástrica puede presentarse con cualquier tipo de reconstrucción, aunque se asocia con más frecuencia al tipo Billroth II, y casi siempre se invagina el asa eferente¹. En nuestro caso la invaginación ocurrió tras una reconstrucción en Y de Roux, y se invaginó el asa aferente.

El cuadro clínico es, con frecuencia, muy inespecífico, lo que dificulta el diagnóstico precoz. Se reconocen 2 formas de presentación en función del tiempo de aparición: aguda y crónica²; esta última es más frecuente, y cursa con clínica más larvada, pero puede progresar a forma aguda, por lo que algunos autores proponen también tra-

tamiento quirúrgico en las formas crónicas con el fin de evitar recurrencias, incarceraciones y gangrena². Sólo un 10% de las invaginaciones se presentan de forma aguda³ y cursan principalmente con un cuadro de intolerancia a la dieta oral, náuseas y vómitos, como sucedió con nuestro paciente. Se debe realizar el diagnóstico diferencial con el edema de boca anastomótica, causa más usual de obstrucción en dicha zona en el postoperatorio inmediato¹, teniendo en cuenta que, si la obstrucción se mantiene más de 8-10 días, hay que descartar otras causas⁴. La realización de un diagnóstico temprano con el consiguiente tratamiento quirúrgico inmediato reviste importancia capital^{4,5}, por la alta mortalidad si se retrasa el diagnóstico más de 48 h. La endoscopia puede resultar diagnóstica⁴. En el caso de la forma crónica-intermitente, es obligada realizarla coincidiendo con la aparición del cuadro para poder apreciar la migración del segmento yeyunal, o bien con el paciente en posición de Trendelenburg, para evitar la reducción espontánea de la invaginación³. Los estudios radiológicos con contraste pueden evidenciar un defecto de repleción en el remanente gástrico, poniendo de manifiesto un prolapsio de la mucosa yeyunal a través de la anastomosis⁵. La ecografía abdominal se ha propuesto como primer método de elección por su sensibilidad⁴. En casos más evolucionados, la TC permitiría la detección de estadios más avanzados mostrando signos de gangrena, perforación, etc.⁵. En nuestro paciente, a los 13 días se realizó estudio gastroduodenal baritado y endoscopia en los que se apreció un aumento de los pliegues mucosos perianastomóticos, lo que en principio sugirió un edema de boca anastomótica, dado que es la causa más frecuente de obstrucción en este tipo de intervención, y se trató inicialmente como tal, de forma errónea. Sin embargo, la prueba más sencilla, una radiografía simple de abdomen, fue la que finalmente evidenció el desplazamiento de la línea de grapado del mu-

ñón (“aferente”) del asa yeyunal hacia el interior de la vrtiente gástrica compatible con invaginación, que se confirmó en la reintervención.

El tratamiento quirúrgico consiste en la mayoría de los casos en desmontar la anastomosis y rehacerla², aunque en algunos casos será suficiente con reducir y fijar el asa invaginada⁵. Consideramos que diseñar un muñón aferente de corta longitud, fijarlo en el caso de las anastomosis laterolaterales o anastomosis terminolaterales son algunos de los detalles técnicos que pueden evitar tal complicación.

María Cervera, Jorge Baixauli, Fernando Rotellar, Fernando Martínez-Regueira, Fernando Pardo, José Luis Hernández y Javier Álvarez-Cienfuegos

Departamento de Cirugía General y Aparato Digestivo. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

Bibliografía

1. Sobel DI, Zinner MJ. Complications following gastric operations. En: Zinner MJ, Schwartz SI, Ellis H, editores. *Maingot's abdominal operations*. Vol. 1. Stamford: Appleton & Lange, 1997; p. 1029-56.
2. Czerniak A, Bass A, Bat L, Shemesh E, Avigad I, Wolfstein I. Jejuno-gastric intussusception. A new diagnostic test. *Arch Surg* 1987; 122:1190-2.
3. Eckhauser FE, Colletti LM, Hasler WL. Postgastrectomy syndromes and motility disorders. En: Bell RH, Rikkers LF, Mulholland MW, editores. *Digestive tract surgery. A test and atlas*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996; p. 201-22.
4. Parrilla P, García Marcilla JA, Martínez de Haro L, Ortiz A. Complicaciones postoperatorias precoces de la cirugía gástrica. En: Parrilla Paricio P, Martínez de Haro L, Ortiz Escandell A, editores. *Cirugía esofagogastrica. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos*. Madrid: Arán, 2001; p. 481-7.
5. López Mut JV, Cubells M, Campos S, Miranda V, Rivera P. Jejuno-gastric intussusception: a rare complication of gastric surgery. *Abdom Imaging* 1998;23:558-9