

Intususcepción yeyunogástrica

S. Ochagavía, E. Pérez Aguirre, A. Cascón, P. Talavera, A. Sánchez-Pernaute, L. Díez Valladares, M. Sanz López, A. Torres y J.L. Balibrea

Servicio de Cirugía II (Prof. J.L. Balibrea). Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Resumen

La intususcepción yeyunogástrica es una rara complicación de la cirugía gástrica, que puede acontecer en cualquier momento después de la intervención quirúrgica. Su presentación clínica de forma aguda constituye una urgencia quirúrgica grave y precisa una alta sospecha clínica y un diagnóstico precoz, generalmente realizado mediante endoscopia. Como opciones quirúrgicas se incluyen la reducción, la resección y la revisión y desmontaje de la anastomosis, sin que ninguna técnica haya demostrado ser la mejor para prevenir la recurrencia.

Palabras clave: *Intususcepción. Gastrectomía.*

(*Cir Esp* 2001; 69: 173-175)

JEJUNOGASTRIC INTUSSUSCEPTION

Jejunogastric intussusception is an infrequent complication of gastric surgery, which can occur any time after surgery. The acute subtype constitutes a surgical emergency. Early diagnosis, based on a high degree of clinical suspicion and gastroscopy, is essential. Surgical options include reduction of the intussuscepted loop, gastric resection and closure of anastomosis but none of these techniques is more effective than the others in preventing recurrence.

Key words: *Intususception. Gastrectomy.*

Introducción

La intususcepción yeyunogástrica es una rara complicación de cualquier procedimiento quirúrgico en el cual el estómago se anastomosa al yeyuno^{1,2}. Se reconocen dos formas clínicas de intususcepción yeyunogástrica: una forma aguda y una forma crónica. La presentación aguda representa una urgencia quirúrgica en la que generalmente se produce la incarceration y estrangulación del asa invaginada³. Suele iniciarse con un fuerte dolor agudo en epigastrio y vómitos biliosos seguidos de hematemesis. Es necesario realizar un diagnóstico precoz, que se establece normalmente mediante endoscopia.

En el presente trabajo se revisan 2 casos de intususcepción yeyunogástrica aguda, con la sintomatología descrita, diagnos-

ticados por gastroscopia y sometidos a tratamiento quirúrgico urgente.

Casos clínicos

Caso 1

Se trata de un paciente varón de 79 años de edad con antecedentes de artrosis, silicosis, accidente cerebrovascular e intervenido quirúrgicamente 10 años antes por úlcera gástrica realizándose antrectomía, vagotomía y reconstrucción tipo Billroth II. El paciente fue intervenido en otro centro por una hernia inguinal derecha de forma programada, y en el postoperatorio inmediato presentó un cuadro de isquemia aguda del miembro inferior derecho por el que fue remitido al servicio de cirugía vascular de nuestro hospital. Tras la realización de una arteriografía, donde se objetivó la existencia de obstrucción de la arteria ilíaca derecha, el paciente presentó un cuadro de dolor abdominal brusco, acompañado de vómitos biliares y posteriormente hematemesis. Como hallazgos de laboratorio destacaban una hemoglobina de 5 g/dl y un hematocrito del 16,8%. Se practicó

Correspondencia: Dr. A. Sánchez-Pernaute.
Servicio de Cirugía II. 3.ª planta, ala Sur. Hospital Clínico San Carlos.
Martín Lagos, s/n. 28040 Madrid.
Correo electrónico: pernaute@teleline.es

Aceptado para su publicación en julio del 2000.

una endoscopia alta de urgencia donde se observó un asa intestinal con signos de isquemia invaginada en el remanente gástrico. El paciente fue intervenido quirúrgicamente de urgencia, realizándose una laparotomía media y encontrándose un hemoperitoneo moderado, un importante hemorretroperitoneo fundamentalmente alrededor de los vasos ilíacos derechos y ascendiendo por los vasos espermáticos y una intususcepción del asa yeyunal eferente en el estómago. Se procedió a la ligadura de los vasos espermáticos, y a la realización de una gastrotomía, hallándose el asa intestinal invaginada con signos manifiestos de isquemia. Se practicó la reducción del asa invaginada y una resección segmentaria de unos 20 cm de la misma, con anastomosis yeyuno-yeyunal término-terminal manual. A los 10 días de la cirugía se practicó amputación supracondílea del miembro inferior derecho. Posteriormente, el paciente desarrolló un cuadro de fracaso multiorgánico y falleció a los 30 días del ingreso.

Caso 2

Paciente varón, de 70 años de edad, diagnosticado recientemente de adenocarcinoma de próstata con metástasis óseas y en tratamiento hormonal y analgésico. Treinta años antes había sido intervenido por una úlcera gástrica realizándose antrectomía con reconstrucción Billroth II. Fue admitido en el servicio de urgencias refiriendo un cuadro de vómitos alimentarios de 30 días de evolución, que en las últimas 24 h se acompañó de dolor abdominal, vómitos biliosos y finalmente hematemesis. A la exploración presentaba dolor en epigastrio sin masa palpable y una desnutrición importante con delgadez extrema. La analítica de urgencias era normal salvo por una discreta neutrofilia. Se realizó una endoscopia digestiva alta, apreciándose una invaginación de intestino delgado con isquemia del asa en el remanente gástrico. El paciente fue intervenido quirúrgicamente de urgencia, practicándose una laparotomía media y apreciándose un montaje Billroth II con invaginación del yeyuno eferente ocupando todo el remanente gástrico. Se realizó una desgastrogastrectomía subtotal incluyendo unos 50 cm de asa eferente y reconstrucción en Y de Roux. El postoperatorio evolucionó favorablemente, y fue dado de alta asintomático a los 15 días de la intervención. Hasta el momento -6 meses después del alta- no se ha detectado recurrencia del cuadro.

Discusión

El primer caso de intususcepción yeyunogástrica fue descrito por Bozzi en 1914⁴ en un paciente con una gastroyeyunostomía. En 1922 Lundberg⁵ publicó el mismo cuadro como complicación de una gastrectomía con reconstrucción tipo Billroth II. Desde entonces se han publicado numerosos casos aislados y algunas series cortas, encontrándose en la bibliografía menos de 200 casos descritos^{2,3,6,7}. Sólo un caso de intususcepción duodenogástrica ha sido publicado tras gastrectomía Billroth I⁷. La intususcepción yeyunogástrica es una rara complicación de la gastroyeyunostomía y de las gastrectomías con reconstrucción Billroth II o en Y de Roux, y no se ha encontrado asociada con ningún tipo particular de procedimiento quirúrgico.

La intususcepción yeyunogástrica se clasifica en tres tipos anatómicos⁸: el tipo 1 corresponde a la intususcepción del asa eferente, el tipo 2 a la del asa eferente, y el tipo 3 a la intususcepción de ambas asas yeyunales. El 80% de los casos corresponde al tipo 2, mientras que el resto de los tipos se presentan

en un 10% cada uno. No existe relación entre cada forma de intususcepción con un tipo específico de técnica quirúrgica⁹.

Las causas de la intususcepción yeyunogástrica permanecen desconocidas, aunque se han implicado varios factores que pueden predisponer a la intususcepción tales como un asa yeyunal aferente demasiado larga, una boca anastomótica demasiado amplia, un espasmo del yeyuno con motilidad anormal, el aumento de la presión intraabdominal, y una peristalsis retrógrada del asa yeyunal, que parece ser la causa más aceptada por la mayoría de los autores en el tipo 2 de intususcepción¹⁰.

En el primer caso de los presentados, la existencia de un aumento brusco de la presión intraabdominal por la hemorragia retro e intraperitoneal pudo ser el desencadenante de la invaginación. En el segundo de los pacientes pensamos que contribuyó el estado caquético secundario a su neoplasia diseminada, con un adelgazamiento extremo del mesenterio que facilitaría la posibilidad de invaginación.

Clínicamente, la intususcepción yeyunogástrica tiene dos formas de presentación⁹: una forma crónica intermitente, que se manifiesta con síntomas inespecíficos como episodios de dolor epigástrico, náuseas y vómitos que ceden espontáneamente, lo que dificulta su diagnóstico al confundirse con síndromes posgastrectomía o neurosis, y una forma aguda, en la que generalmente se producen la incarceration y estrangulación del asa yeyunal invaginada, y que se caracteriza por dolor epigástrico agudo, vómitos biliosos y posteriormente hematemesis. En la mitad de los casos puede encontrarse una masa palpable en epigastrio. La gravedad de los síntomas precisa de una alta sospecha clínica y de un diagnóstico precoz, generalmente realizado con endoscopia, aunque en muchos casos en el pasado se detectaba radiológicamente⁹.

Una vez realizado el diagnóstico de intususcepción yeyunogástrica aguda, existe el acuerdo uniforme de la necesidad de un tratamiento quirúrgico; aunque se ha sugerido la posibilidad de manejo endoscópico¹¹, éste se sigue de un gran número de recurrencias precoces^{9,12}. Las controversias se encuentran en la decisión del procedimiento quirúrgico más adecuado para el tratamiento y la prevención de recurrencias. El procedimiento más frecuentemente reflejado en la bibliografía es la reducción de la invaginación con o sin resección del asa herniada. Otros procedimientos realizados son el desmontaje de la gastroenterostomía, la resección o rresección gástrica y la conversión a una anastomosis Billroth I⁶. Con la intención de prevenir la recurrencia, y al desconocer la causa que produce la intususcepción yeyunogástrica, son diversas las medidas que se han intentado, entre las que se incluyen el cambio de la forma de drenaje desde el estómago, la sutura de los bordes mesentéricos de las asas aferente y eferente, la fijación del yeyuno a estructuras adyacentes, o el estrechamiento del estoma de la gastroenteroanastomosis⁹. Sin embargo, se han comunicado recurrencias tanto en pacientes en los que no se realizaron estas medidas como en los que sí⁹. Teniendo en cuenta que la intususcepción ha sido descrita después de cualquier tipo de cirugía gástrica, y excepcionalmente después de gastrectomía Billroth I o piloroplastia, una correcta medida de prevención sería la conversión a Billroth I o el desmontaje de la gastroenteroanastomosis existente junto a la realización de alguna forma de piloroplastia si fuera posible^{9,12}. Con ello se eliminaría la existencia de un asa eferente, que es la que origina la forma más común de intususcepción. Dependiendo de las condiciones de la intervención, y mientras se esté tratando una intususcepción yeyunogástrica aguda, la simple reducción con o sin resección parece adecuada.

Bibliografía

1. Olson AK, Bo O. Intususcepción as a complication of gastric surgery. *Acta Chir Scand* 1978; 144: 405-408.
2. Conklin EF, Markowitz AM. Intususcepción –a complication of gastric surgery. *Surgery* 1965; 115: 1449-1452.
3. Salem MH, Coffman SE, Postlethwait RW. Retrograde intususcepción at the gastrojejunal stoma. *Ann Surg* 1969; 150: 864-871.
4. Bozzi E. Annotation. *Bull Acad Med* 1914; 122: 3-4.
5. Lundberg S. Retrograde Dunndarminvagination nach Gastroenterostomie. *Acta Chir Scand* 1922; 54: 423-433.
6. Waits JO, Beart RW Jr, Charboneu JW. Jejuno-gastric intususcepción. *Arch Surg* 1980; 115: 1449-1452.
7. Shiffman M, Rappaport I. Intususcepción following gastric resection. *Am Surg* 1966; 32: 715-724.
8. Schackman R. Jejuno-gastric intususcepción. *Br J Surg* 1940; 27: 475-480.
9. Czerniak A, Bass A, Bat L, Shemesh E, Avigad I, Wolfstein I. Jejuno-gastric intususcepción. *Arch Surg* 1987; 122: 1190-1192.
10. Fromm D. Jejuno-gastric intususcepción. En: Fromm D, editor. *Complications of gastric surgery. Clinical gastroenterology monograph series*. Nueva York: Wiley, 1977; 110-115.
11. Kochhar R, Saxena R, Nagi B, Gupta NM, Mehta SK. Endoscopic management of retrograde jejuno-gastric intususcepción. *Gastrointest Endosc* 1988; 34: 56-57.
12. Guadagni S, Pistoia MA, Catarci M, Carboni F, Pistoia F, Lombardi L et al. Surgical treatment of retrograde jejuno-gastric intususcepción after temporary endoscopic management. *Endoscopy* 1991; 23: 243-244.