

INTUSUSCEPCION YEYUNO GASTRICA

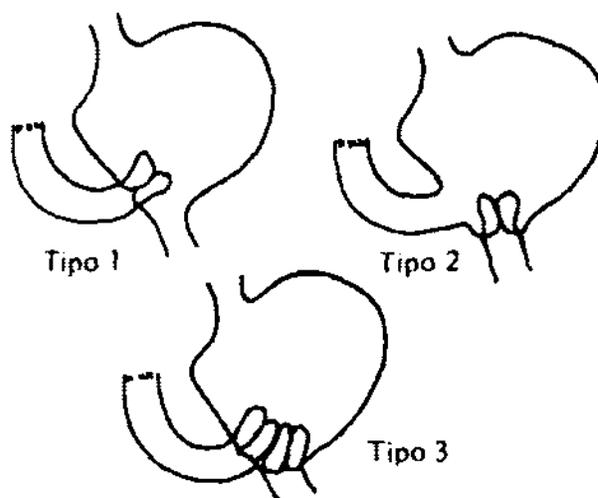
Jorge Acuña Calvo*

Carmelo Calvo Chacón**

INTRODUCCION

La intususcepción yeyuno-gástrica es una rara complicación de cirugía gástrica. Hasta 1969 habían sido reportados 150 casos en el mundo, Anton Wolfler ejecutó la primera gastroenterostomía en 1881 y 33 años más tarde (1914), Bozzi, reportó la intususcepción yeyuno-gástrica como complicación de este procedimiento. En la literatura inglesa esta complicación fue descrita primeramente por Warren en 1919 Lundberg en 1922, por primera vez describió la misma después de gastrectomía parcial. Los primeros diagnósticos radiológicos fueron publicados por Von Brunn en 1924 Betman y Baldwin en 1933 realizaron la primera revisión presentando 33 casos. En 1940 shackmann sugirió una clasificación anatómica de intususcepción yeyunogástrica: en el tipo 1 el asa aferente se introduce dentro del estómago, en el tipo 2 es el asa eferente la que se introduce y en el tipo 3 ambas asas se introducen hacia cámara gástrica. Los tipos 1 y 2 comprenden el 90% de los casos reportados y ocurren como complicación tardía desarrollada en promedio 6 años después de la cirugía gástrica inicial. En contraste el tipo 3 ocurre en el período post quirúrgico temprano. Todos los 3 tipos ocurren después de gastroente-

roestomía pero solamente el tipo 2 ha sido reportado después de gastrectomía parcial con gastroenteroanastomosis tipo Billroth II. No han sido reportados casos en gastroenteroanastomosis tipo Billroth I



Tipos anatómicos de intususcepción

La etiología es oscura y muchas teorías han sido presentadas: estómagos grandes, excesiva movilidad de asas, espasmo yeyunal, irritación ácida etc., pero nada se ha podido comprobar. Chamberlin reconoció 2 formas clínicas, un episodio fulminante agudo y uno crónico recurrente. En la forma aguda hay dolor epigástrico intermitente y tipo cólico, vómitos y hematemesis (por estrangulación). Al examen físico hay dolor epi-

* Asistente de Cirugía

** Jefe de Servicio de Cirugía

gástrico a la palpación, pueden observarse ondas peristálticas en la parte superior del abdomen y palpase una masa epigástrica. En el tipo crónico puede haber dolor o malestar epigástrico, náuseas y vómitos durante períodos de 1 o 2 horas mientras la reducción espontánea sucede. El diagnóstico correcto es usualmente dado por examen radiológico. Se observan una área radio-opaca en el sitio del estómago y con medio de contraste la invaginación dentro del segmento gástrico puede ser visualizada claramente. Reyelt y Anderson en 1964 encontraron solamente 4 casos que habían sido confirmados por gastroscopía. El o/o de mortalidad en la forma aguda aumenta con el intervalo entre el inicio de los síntomas y el tratamiento quirúrgico Shackmann reportó un o/o de mortalidad del 100/o en las primeras 48 horas incrementándose al 50/o en las segundas 48 horas. En presencia de intestino no viable la resección es mandatoria (degastro-gastrectomía). Si no hay necrosis puede ser que se logre la reducción de la intususcepción al traccionar, se puede realizar luego una unión latero-lateral entre el asa aferente o anclar las asas a la pared abdominal lateral. En la forma crónica recurrente la operación electiva se indica solamente en pacientes con severos ataques. En vista de lo raro de esta complicación y de vital importancia su diagnóstico temprano se publica el siguiente caso.

PRESENTACION DEL CASO

M.E.T., masculino, 67 años, ingresa al Hospital San Juan de Dios, el 20-01-83, con el antecedente de que 5 años atrás le habían realizado una gastrectomía subtotal con gastroenteroanastomosis tipo Billroth II por úlcera duodenal sangrante, como antecedente personal relata ser asmático. Ahora viene con historia de dolor epigástrico severo, tipo retortijón, eructos y vómitos de contenido líquido café oscuro. El examen físico mostró como dato positivo dolor a la palpación abdominal. Se le realiza un tránsito intestinal que mostró gran dilatación del remanente gástrica con presencia de imágenes esféricas dentro del mismo y escaso paso del medio de contraste hacia el yeyuno. Se realiza laparotomía y se encuentra una intususcepción yeyuno-gástrica del asa eferente con necrosis intestinal por lo que se procede a realizar una degastro-gastrectomía. El reporte de patología (biopsia No. 83856)

confirma invaginación del asa eferente hacia estómago e histológicamente edema, hemorragia y trombosis. En el postoperatorio No. 4 y ya habiendo iniciado vía oral muestra broncoespasmo, cianosis, tiraje y taquicardia. Dos días más tarde presenta estertores crepitantes, hipoventilación bi-basal, hipotensión, Hto. en 32 con 5 bandas y fiebre, falleciendo a pesar del tratamiento. La autopsia mostró una gastroenteroanastomosis en buen estado quedando como causa probable de muerte shock séptico y bronconeumonía.

RESUMEN

La intususcepción yeyuno-gástrica es una complicación infrecuente de cirugía gástrica. Desde el punto de vista clínico hay 2 tipos: agudo y crónico. Un examen clínico cuidadoso, examen radiológico y gastroscopía facilitan el diagnóstico temprano. En el tipo agudo la operación debe ser realizada lo más pronto posible y si hay necrosis realizar resección. En la variedad crónica la cirugía es necesaria solamente si los ataques son severos y frecuentes. Por lo raro de esta complicación y por la importancia de su diagnóstico hemos presentado este caso.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Devor D. Jejuno-gastric intussusception. *Ann Surg* 1966, 163:93.
- 2.- Hovelius L. Jejuno-gastric intussusception after gastric resection. *Acta Chir Scand* 1971, 137:491-494.
- 3.- Reyelt W.P., Anderson A.A. Retrograde jejuno-gastric intussusception. (*intussusception*) *Surg. Gyn and obstetrics* 1964; 119: 1305-1311.
- 4.- Vennits H.W. Retrograd jejuno-gastric invagination. *Acta Chir Scand* 1970; 136:157.
- 5.- Waits J.O. Jejuno-gastric intussusception. *Arch Surg.* 1980, 115:1449-1452.
- 6.- Woodard J.C. Afferent - Efferent loop intragastric intussusception: diagnosed by gastroscopy. *Gastroenterology* 1973, 64: 120-122.