

## Invaginación yeyunogástrica aguda postgastrectomía \*

Dr. NELSON B. VARELA

La invaginación del asa eferente, en el postoperatorio de las resecciones gástricas, es una complicación poco frecuente: en la literatura mundial han sido comunicados 140 casos.

En el año 1940, Shackman (17) propone una clasificación anatómica para las invaginaciones yeyunogástricas. En el tipo 1 se invagina el asa aferente, en el tipo 2 el asa eferente es la invaginada y en el tipo 3 las dos asas (aferente y eferente) están invaginadas en el estómago.

En la serie publicada por Aleman (1), el tipo 2 representa el 74% de las invaginaciones. Los tipos 1 y 2 representan el 90% de todos los casos relatados, sucediendo como promedio, a los seis años después de la cirugía gástrica.

Los tres tipos pueden complicar una gastroenteroanastomosis, pero solamente el tipo 2 se ha publicado como complicando la resección gástrica parcial.

La etiología de esta complicación es aún desconocida.

La edad de los pacientes oscila entre los 19 y 79 años.

En cuanto a la cronología de la aparición de esta complicación, se ha señalado desde el tercer día del postoperatorio hasta los treinta años después de la cirugía gástrica.

No se ha encontrado relación entre la invaginación yeyunogástrica y los siguientes detalles de técnica operatoria: anastomosis pre o retrocolónica, iso o anisoperistáltica, ni con el tamaño de las neobocas.

No se ha encontrado relación con la posible presencia de otras causas patológicas, úlcera, pólipo o tumor, que en otros sectores del intestino pueden iniciar la invaginación.

Se han invocado como posibles causas: las adherencias, la excesiva movilidad del asa eferente, el asa eferente larga e irregular, la irritación ácida del segmento yeyunal, que provocaría antiperistalsis e invaginación, pero ninguna de estas causas ha podido ser demostrada por la experiencia.

Chamberlain (5) ha descrito dos síndromes, uno agudo y otro crónico, intermitente y parcial. El ataque agudo puede ser precedido por empujes del síndrome crónico.

En la forma aguda (caso que presentamos), comienza con dolor abdominal alto, generalmente en epigastrio, súbito, que luego se hace intermitente y de tipo cólico, pero que puede hacerse permanente. Luego se acompaña de vómitos, de líquido claro, a los que puede agregarse bilis, a veces mezclado con sangre y finalmente se hacen de color borra de café.

La hematemesis masiva es poco frecuente, sólo se ha señalado en tres casos.

El examen físico del paciente puede mostrar dolor localizado en el epigastrio, pero no se ha señalado defensa muscular. A veces es posible observar cierto grado de peristaltismo en el hemivientre superior, que se hace de izquierda a derecha. En un tercio de los casos es posible palpar una tumoración epigástrica.

Foster (8) describe como elementos patognomónicos de la invaginación yeyunogástrica retrógrada, los vómitos, dolor, la tumoración de epigastrio, en un paciente a quien se ha operado de su estómago.

La secuencia de este cuadro en el postoperatorio inmediato puede llevar al diagnóstico de mal funcionamiento de la neoboca, u otras causas de obstrucción orgánica o funcionales del asa aferente.

Si los síntomas aparecen tardíamente, los diagnósticos de que debe diferenciarse

\* Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 17 de noviembre de 1965.

la invaginación son el síndrome de Dumping, posible úlcera marginal y neurosis.

En una serie de 10 pacientes con esta complicación, Jackman y Middlemiss (12) señalan que los síntomas agudos aparecieron en siete pacientes al tercer día del postoperatorio.

Ha sido señalado por Reyelt y Anderson (16) la complicación potencial de los tubos largos intestinales, indicando 25 pacientes con invaginación producida por la intubación intestinal.

La radiología muestra en la invaginación aguda la dilatación gástrica, sin dilatación de intestino delgado.

Para hacer el diagnóstico, es necesario utilizar medio de contraste, que mostrará movilidad restringida del estómago, con un stop curvo, tal como se verá en las radiografías del caso presentado.

Wisof (20) señala que estos hechos, en un paciente que ha experimentado una resección gástrica, son patognómicos de la invaginación.

El tratamiento es quirúrgico y debe ser instituido en cuanto se haga o sospeche el diagnóstico. La mortalidad operatoria en la invaginación aumenta con el intervalo que va desde la iniciación del cuadro y la intervención. Shackman (17) señala un porcentaje de mortalidad del 10% en las primeras 48 horas, aumentando al 50% en las segundas 48 horas.

El ideal en la operación es la desinvaginación, pero la resección puede hacerse necesaria en caso de intestino no viable o puede no ser posible practicar la desinvaginación.

Cuando se ha realizado una gastroenterostomía, será necesario hacer una gastrectomía parcial con anastomosis tipo Billroth II.

Si se ha hecho una gastrectomía parcial, deberá practicarse una resección de la anastomosis, con restablecimiento del tránsito intestinal también con un tipo Billroth II de anastomosis.

La historia que motiva la presente comunicación es la siguiente:

L. R. de R., paciente de 68 años, viuda, procedente de Tacuarembó; tratada con medicación antirreumática por sus lumbalgias, ingresa al Sanatorio Uruguay para completar sus estudios (10-XII-58).

Refiere al interrogatorio: dispepsia intrínseca, no selectiva, acompañada de plenitud gástrica y ardor "de estómago", que en ocasiones calmaba con la ingestión de alimentos o bicarbonato. No vómitos. No ictericia. No hemorragia digestiva. Moderados estados febriles. Escasa repercusión general.

Como único antecedente a destacar, sus artalgias y lumbalgias, de más de un año de evolución, tratados profusamente con medicación antirreumática.

Antecedente familiar: hermana fallecida de neoplasma de la orofaringe.

El examen mostró una paciente lúcida, apirética, con moderado adelgazamiento y mucosas bien coloreadas. Boca: prótesis dentaria. Garganta, sin particularidades. Respiratorio y cardiovascular, sin particularidades. Presión arterial, 14-9½. Abdomen algo distendido, duele en epigastrio e hipocondrio derecho a la palpación profunda. No se palpa hígado ni bazo. Resto, sin particularidades. En columna, moderada escoliosis. Resto del examen general, sin particularidades.

Los exámenes de laboratorio mostraron: hemograma, orina y urea en suero, normales. V.E.S., 101 en la primera hora, 111 en la segunda, con índice de Katz de 78,25.

Las radiografías: columna, osteoporosis generalizada, signos de espondiloartrosis dorso-lumbar.

Gastroduodeno: "El estómago muestra, a nivel de la porción horizontal de pequeña curva, imagen saliente con caracteres de nicho. Los



FIG. 1.— Muestra el ulcus de pequeña curva.



FIG. 2.— Se observa el stop gástrico.

pliegues son gruesos, convergentes y regulares, apreciándose marcado edema regional" (Dr. E. Capandeguy) (fig. 1).

Un quimismo gástrico mostró: hipoquilia gástrica, escasa repuesta a la histamina.

Decide operarse tres semanas después, haciendo mientras, régimen antiácido, antibióticos, etc. Los dolores lumbares y el malestar gástrico se intensificaron.

Una nueva radiografía el 29-XII-58 fue informada: "No se observan variaciones con respecto al examen anterior, persistiendo el carácter penetrante del nicho" (31-XII-58).

La proteinemia de 7.60 g.

Un nuevo quimismo mostró: escasa secreción, pero hiperconcentrada; los valores de acidez libre y total por encima de lo normal, pero descendiendo a los 90 minutos.

El 3-I-59 se interviene (Dr. N. Varela, Dr. A. Santos, Dr. Nin. Anestesia general, Br. González Viera). Incisión paramediana latero-rectal interna. La exploración mostró la úlcera gástrica adherida al páncreas y una litiasis vesicular. Se liberó el estómago y se practicó una gastrectomía parcial, oral total, precolónica, asa aferente a pequeña curva, en dos planos con catgut cromado y lino 70. Se hizo además una colecistostomía, previa extracción de cálculos, sacando el tubo por contraabertura externa derecha.

El examen de la pieza operatoria mostró un úlcus gástrico crónico de la zona yuxtapi-lórica (Pou de Santiago).

La evolución postoperatoria fue buena durante los dos días siguientes; apirexia, abdomen libre, pleuropulmonar, sin particularidades. La sonda gástrica dio 400 c.c. diarios y la de colecistostomía 10 y 100 c.c. de bilis respectivamente. Se comienza al final del segundo día con administración de líquidos, por cucharadas, por boca y se pinza la sonda gástrica.

El tercer día del postoperatorio comienza con vómitos (vomitando todo lo que toma) acompañados de dolor epigástrico de mediana

intensidad. Los vómitos se vuelven de pequeña cantidad, pero repetidos y fáciles. En el abdomen no es posible palpar tumoración evidente. El estado general desmejora y se practica un control radiográfico con bario al cuarto día del postoperatorio, que muestra el stop gástrico de forma curva que persiste en controles posteriores (fig. 2).

Se decide la intervención el mismo día (Dr. N. Varela, Dr. A. Santos. Anestesia, Br. G. Viera). Se reabre la incisión operatoria anterior, comprobando invaginación del asa eferente que penetra al estómago, edematosa, pero viable. Existen además, algunas adherencias laxas de fibrina. Se practica desinvaginación y se hace infiltración con novocaína del mesenterio proximal al asa. Cierre de la pared.

La enferma evolucionó sin incidencias y diez días después abandonó el Sanatorio. Un mes después se extrajo la sonda de colecistostomía.

## RESUMEN

Se presenta un caso de invaginación aguda del asa eferente en un paciente gastrectomizado, al tercer día del postoperatorio, que motivó una segunda operación, en la que se practicó desinvaginación del asa invaginada con evolución favorable.

Se revisa la literatura de los casos que han presentado esta rara complicación de la cirugía gástrica.

## RÉSUMÉ

On présente un cas d'invagination aiguë de l'anse éfferente qui apparut dans un malade gastrectomisé, au troisième jour du postopératoire, ce qui motiva une deuxième opération, dans laquelle on réalisa la désinvagination de l'anse invaginée avec une évolution favorable.

On fait une révision dans la littérature des cas qui ont présenté cette rare complication de la chirurgie gastrique.

## SUMMARY

A case of acute intussusception of the afferent loop after gastrectomy is reported. It appeared on the third day post operative. At operation, the intussusception was corrected with uneventful recovery.

The literature about this infrequent accident is reviewed.

## BIBLIOGRAFIA

1. ALEMAN, S. Jejuno-gastric intussusception; a rare complication of the operated stomach. *Acta radiol., Stockh.*, 29: 383, 1948.
2. ARTZ, C. P. and HARDY, J. D. Complications in Surgery and their Management. 1960 by W. B. Saunders Company, Philadelphia and London, 490-491.
3. CAMPBELL, J. A. Retrograde intussusception of gastrojejunostomy stoma. *Scot. M. J.*, 1: 130, 1956.
4. CAUPELL, W. S. and LEE, C. M. Acute and chronic jejuno-gastric intussusception. *N. England J. M.*, 253: 635, 1955.
5. CHAMBERLAIN, G. W. Chronic recurrent jejuno-gastric intussusception through a gastroenterostomy stoma. *Am. J. Surg.*, 49: 510, 1940.
6. CHIFFLET, A. Cirugía del estómago. 1956, Montevideo.
7. DRUMMOND, H. Retrograde intussusception of small intestine after gastroenterostomy. *Brit. J. Surg.*, 11: 79, 1923.
8. FOSTER, D. G. Retrograde jejuno-gastric intussusception; a rare cause of hematemesis; review of the literature and report of 2 cases. *Arch. Surg.*, 73: 1009, 1956.
9. GERBER, A. and PINSKY, J. J. Jejuno-gastric intussusception following subtotal gastric resection. *California M.*, 98: 221, 1963.
10. HUBLIN, H. Ileus after stomach operations. *Acta chirurgica sca.*, 101: 228, 1951.
11. IRONS, H. S. and LIPIN, R. J. Jejuno-gastric intussusception following gastroenterostomy and vagotomy. *Ann. Surg.*, 141: 541, 1955.
12. JACKMAN, M. and MIDDLEMISS, J. H. Retrograde jejuno-gastric intussusception; a review of 10 cases diagnosed radiologically. *Brit. J. of Surgery*, 49: 260, 1961.
13. LAVADIA, P. (JR.), HAYNES, B. W. (JR.) and DE BAKEY, M. E. Retrograde jejuno-gastric intussusception; review of the literature and a case. *Am. Surgeon*, 19: 507, 1953.
14. LAWSON, E. H. and WHITENER, D. I. Retrograde jejuno-gastric intussusception; report of a case. *Arch. Surg.*, 60: 242, 1950.
15. PALMER, E. D. Retrograde intussusception at gastrojejunal stoma. 2 cases and a bibliography. *Am. J. Digest. Dis.*, 21: 309, 1954.
16. REYELT, W. P. and ANDERSON, A. A. Retrograde jejuno-gastric intussusception. *Surg. Gyn. Obst.*, 119: 1305, 1964.
17. SHACKMAN, R. Jejuno-gastric intussusception. *Brit. J. Surg.*, 27: 475, 1940.
18. SMITH, I. Retrograde jejuno-gastric intussusception following gastrectomy. *Brit. J. Surg.*, 42: 654, 1955.
19. WARREN, R. Retrograde intussusception of jejunum through stoma of gastrojejunostomy. *Lancet.*, Lond., 2: 615, 1919.
20. WISOFF, C. P. Jejuno-gastric intussusception. *Radiology*, 61: 363, 1953.

## DISCUSION

*Dr. W. Suiffet:* Cuando en el postoperatorio de este tipo de operaciones se encuentra una situación como la que relató el Dr. Varela, donde había dolor, un obstáculo total del tránsito comprobado por el estudio radiológico. Es posible que este tipo de gastrectomía con anastomosis oral total precólica con asa larga, propenda más que la anastomosis, ya sea oral total, oral parcial transmesocólica, debido a que el asa aferente elevada a la curva menor queda prácticamente libre, suelta y con mucha más libertad de poder desplazarse, tanto en el sentido de producirse la invaginación como en este caso, como todavía en casos descritos, de producirse una volvulación del asa aferente cuando queda muy larga. De manera que es probable que haya favorecido esta situación el hecho de usar este tipo de anastomosis. Nosotros lo hemos usado habitualmente y no hemos tenido ninguna complicación de este tipo, pero es una emergencia que hay que tener en cuenta. Lo más interesante es que después de haberse desinvaginado la enferma, no tuvo ninguna otra eventualidad y no se realizó ninguna maniobra de técnica, de fijación, ni de profilaxis de la nueva circunstancia.

*Dr. Nelson Varela:* Contestando que cuando intervenimos a la paciente no habíamos hecho el diagnóstico y además no conocíamos esta complicación. El encontrar la invaginación del asa aferente fue una verdadera sorpresa. Nos limitamos simplemente —dado que el asa era viable— a hacer una desinvaginación e infiltramos con novocaína la parte del mesenterio cerca del asa aferente. Después leímos sobre esta complicación y vimos que realmente era rara. Nos pareció que la conducta era la lógica en ese momento, lo que confirmamos después en nuestra lectura posterior.