Invaginación retrograda yeyunogástrica

Presentación de un caso y revisión de la literatura

Dres. JORGE BERMUDEZ y OMAR BARRENECHE *

Se presenta un caso de invaginación yeyunogástrica, rara complicación de la cirugía gástrica, y se procede a la revisión del tema.

CASO CLINICO

F. Ch., 33 a., obrero. Desde la adolescencia ulcus duodenal, comprobado radiológicamente. Tres años antes del ingreso es intervenido por perforación, y tratado con cierre y epiploplastia. Dos años después presenta nuevas complicaciones, con hemorragia digestiva y síndrome pilórico, realizándose entonces una vaguectomía troncular y gastroenterostomía posterior, transmesocólica. Pasa bien un año hasta que reingresa el 13 de noviembre del 67 presentando un cuadro agudo de vientre de 24 horas de evolución, con dolor de gran intensidad en epigastrio, vómitos abundantes, primero de alimentos y luego porráceos, reptación intestinal y ruidos hidroaéreos. No expulsa materias ni gases desde el comienzo del cuadro.

Al examen se encuentra muy adelgazado, con intensa deshidratación; abdomen chato. En epigastrio e hipocondrio izquierdo se palpa una tumoración en forma de medialuna, dolorosa, timpánica y móvil.

Con diagnóstico clínico de oclusión intestinal alta se realiza un estudio radiológico contrastado con Hypaque, en el cual se encuentra un estómago dilatado, con un nivel alto, y con varias imágenes yeyunales que se interpretan como superpuestas. Esto parece confirmar el diagnóstico y se interviene previa intensa reposición hidroelectrolítica (figs. 1 y 2).

Operación.— Dr. Barreneche, Dr. Bermúdez y Dr. Heguy. Anestesia gral. Dr. Rivara. Se aborda por mediana, encontrándose asas chatas en inframesocólico; cuarta porción duodenal y asa aferente s/p; asa eferente introducida con su meso en el estómago, el cual contiene la tumoración. Se hace entonces diagnóstico de invaginación retrógrada. Se intenta reducir mediante maniobras de tracción del asa y luego de expresión manual del estómago, fracasando. Se hace entonces gastrotomía longitudinal, encontrándose un largo tubo, flexuoso, recubierto de mucosa yeyunal de color normal. Se reduce mediante dos maniobras sucesivas: a) presión sobre el sitio de penetración del asa y sobre la masa yeyunal, consiguiendo así la reducción en block, quedando una invaginación retrógrada yeyunoyeyunal, que se reduce mediante b) maniobras de ordeñe. El intestino que estaba viable se mide comprobándose que el total invaginado era de dos metros, estando la cabeza de la invaginación a un metro de la anastomosis.

En el posoperatorio fue drenada una colección serosa subfrénica izquierda, siendo dado de alta a los doce días en buenas condiciones. Pasa muy bien hasta el momento actual; último control radiológico en julio del 70, s/p.

COMENTARIO

Visto retrospectivamente, se pudo haber hecho diagnóstico preoperatorio, en base a la clínica y fundamentalmente a la radiología, que es típica de este cuadro. Pero la falta de experiencia en esta excepcional complicación, llevó a interpretar la falta de relleno gástrica como superposición de imágenes. De todas formas, el tratamiento hubiera sido idéntico.

CONSIDERACIONES GENERALES

Desde la primera descripción que hiciera Bozzi en 1914 (11), se han publicado 104 casos. Schiffmann y Rappaport (10), en 1966, en una exhaustiva recopilación de casos, encontraron 91, y desde entonces hasta la fecha se publicaron 13 casos (3, 4).

Es una complicación que se ha visto en toda la cirugía gástrica, desde la simple gastroenterostomía hasta la gastrectomía total.

En cuanto a la etiopatogenia, la única condición común a todos los casos es la presencia de violentos movimientos antiperistálticos (10), cuya causa no está aún aclarada. Hay factores predisponentes, dependiendo fundamentalmente en el tipo de anastomosis: 1) que la anastomosis sea gastroyeyunal, ya que a excepción de un caso de invaginación duodenogástrica, todas las demás eran yeyunogástricas. 2) Anastomosis amplia oral total, en el 97 % de los casos. 3) Parece predominar en las anastomosis precólicas y con asa larga, hecho que no podemos asegurar con certeza por no tener datos concretos en muchos de los casos.

Clasificación.— Schiffman (10) los clasifica anatómicamente de acuerdo al asa invaginada (aferente, eferente, etc.). Creemos más adecuado clasificarlas de acuerdo a la clínica en:
Agudas, 63 %, generalmente incarceradas.
Crónicas, 37 %.

Clínica.— Las manifestaciones clínicas más comunes en los casos agudos fueron (10): dolor (69 %), hematemesis (37 %), vómitos (25 %) y masa abdominal palpable (17 %). En cambio en los casos crónicos, encontrados todos ellos entre aquellos enfermos etiquetados dentro del síndrome postgastrectomía (6), refieren una dispepsia vaga, a veces vómitos y dolor de tipo cólico.

* Médico Auxiliar y Profesor Adjunto de Cirugía. Encargado de la Cátedra de Patología Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo.

Presentado el 13 de octubre de 1971.

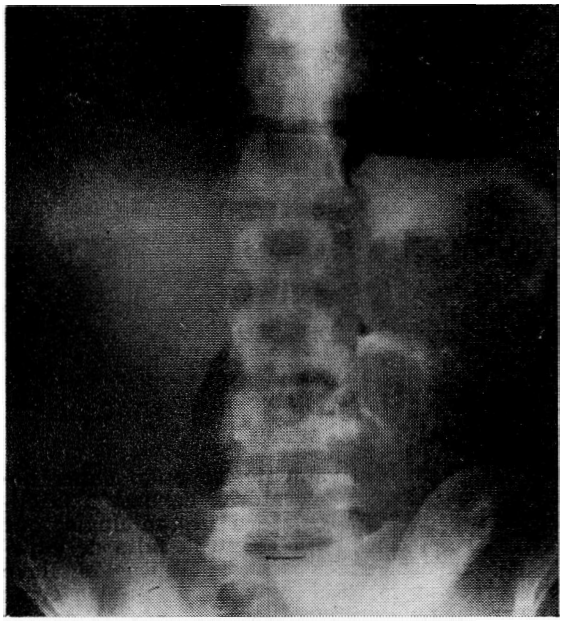

FIG. 1.— Se observa: Stop gástrico, nivel alto, dilatación gástrica y múltiples imágenes de falta de relleno.

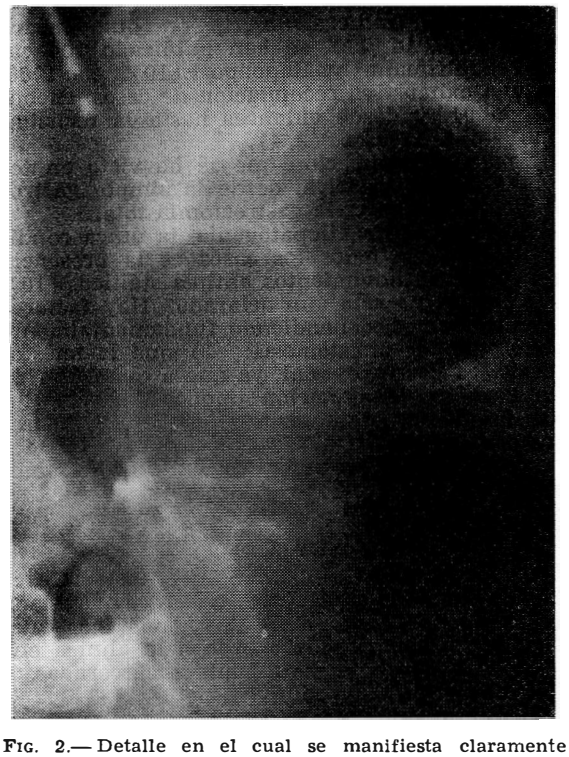

FIG. 2.— Detalle en el cual se manifiesta claramente la imagen yeyunal en "negativo" (ver texto).

Diagnóstico.— Reuniendo la clínica a los antecedentes puede sospecharse esta complicación, pero son definitivos los estudios endoscópicos (3) y en general la radiología contrastada. Los elementos positivos del diagnóstico radiológico son (7, 12): 1) Stop gástrico. 2) Distensión gástrica con imágenes de falta de relleno. 3) Imágenes yeyunales superpuestas a la imagen gástrica, pero con la característica de que son el perfecto "negativo" de la imagen yeyunal normal. Solamente en 41 casos se hizo diagnóstico preoperatorio y eran aquellos casos crónicos, o sea que prácticamente el total de los casos operados lo fueron sin diagnóstico.

Tratamiento.— En un 40 % de los casos el episodio de invaginación cede espontáneamente o con el tratamiento médico en base a antiespasmódicos o insuflación de aire (7). Esto es lo habitual en los casos crónicos. El tratamiento quirúrgico está reservado a los casos agudos, con gran repercusión general, en los cuales se sospecha la estrangulación. En la intervención se deben extremar los intentos de reducción manual, luego bimanual mediante gastrotomía, dejando la resección (12) para aquellos casos en que haya compromiso vital del asa. Algunos autores (11) recomiendan la fijación del asa invaginada, para impedir la recidiva, hecho absolutamente excepcional (1). La yeyunopexia puede constituir el único tratamiento quirúrgico de los casos crónicos (10), en aquellos en los cuales la intensidad del sufrimiento justifique el riesgo de una operación.

Pronóstico.— El pronóstico varía según que el caso sea agudo o crónico y el tratamiento quirúrgico o médico. En los casos que requieren tratamiento quirúrgico la mortalidad fue del 23,2 % mientras que en los casos de tratamiento médico fue del 5,7 %. Otro factor que agrava la mortalidad es la demora en la intervención en los casos de estrangulación, siendo la mortalidad en aquéllos en los cuales la demora fue de más de 48 horas, de más del 50 % (8). Como vemos, es una complicación grave, sobre todo por la posibilidad de estrangulación.

CONCLUSIONES

La invaginación retrógrada yeyunogástrica es una clara complicación de la cirugía gástrica, pero es posible que se la encuentre con mayor frecuencia si se la busca adecuadamente entre los gastrectomizados que siguen sufriendo. Entre las causas predisponentes destacamos la anastomosis oral total con asa larga. Los elementos clínicos más importantes en los casos agudos son los de oclusión intestinal alta, a lo cual se agrega una masa palpable en algunos casos. Se certifica el diagnóstico con la endoscopía y/o la radiología. Llegan a la cirugía más de un 60 % de los casos, la cual, si bien cura al enfermo, tiene una elevada mortalidad, lo cual ensombrece el pronóstico de los casos agudos, estrangulados. La fijación del asa puede ser la solución quirúrgica de aquellos enfermos que presentan un sufrimiento intenso y prolongado.

RESUMEN

Se presenta un caso de invaginación retógrada yeyunogástrica, que se redujo quirúrgicamente con buen éxito terapéutico. Se revisa la bibliografía sobre el tema, y se extraen conclusiones de índole diagnóstica, pronóstica y terapéutica.

SUMMARY

A case of retrograde jejunogastric intussusception successfully reduced by operation, is presented and analized by the authors. The literature on the subject is reviewed and the authors expose diagnostical, pronostical and terapeuthical conclusions.

RÉSUMÉ

Présentation d'un casd'invagination rètrograde jejunogastrique, réduite chirurgicallement, avec un bon succès thérapeutique. On analyse la bibliographie existante et on tire des conclusiones d'ordre de diagnostique, de pronostique, et de thérapeutique.

BIBLIOGRAFIA

1. BAUMANN F., Wiederhalter Aufsteigen de Dümdarminvagination bei einer Gastroenterostomiertie. Franc. *Arch. Klin. Chir.* 111: 504, 1918.
2. CAMERON, J. A. M. and MCFARLANE, W. D., Intussusception of jejunum into Stomach through a gastroenterostomy stoma. *Brit. J. Surg.* 23: 274, 1935.
3. DEVOR D. and PASSARO Jr. E., Jejunogastric intussusception. Review of four cases. Diagnosis and management. *Ann. of Surg.* 163-1: 93, 1966.
4. FLOWER C./D. R., LENSKAIL J. C. and MCFARLANE, D. V., Toronto. Retrograde jejunogastric intussusception. Canad. *Med. Assos. J.* 101-1: 47, 1969.
5. FOSTER, D. G., Retrograde jejunogastric intussusception. A recase of hematemesis. *Arch. Surg.* 73: 1009, 1956.
6. JÄÄSKEAINEN, V., Retrograde intussusception after certain gastric operations. *Ann. Chir. Gyvraei Fenn.* 43 (suppl) 129, 1954.
7. JACKINAN M. and MIDDLEMISS, H., Retrograde jejunogastric intussusception. A review of 10 cases diagnosed radiollogically. *Brit. J. Surg.* 49: 260, 1961.
8. LEMAN J. A., Jejunogastric intussusception. Rare complication of operated stomach. *Acta Radiol.* 929: 383, 1948.
9. RAWLINSON J. K. M., Retrograde jejunogastric intussusception followig partial gastrectomy. *Brit. J. Surg.* 49: 227, 1961.
10. SCHIFFMAN, M. A. and RAPPAPORT, I., Intussusception following gastric resection. Report of five cases and 1 literature review. *Amer. Surg.* 32: 715, 1966.
11. TUSHKA, O., Jejunogastric intussusception. *JAMA* 186: 1092, 1963.
12. VIRTAMO, P. and JANKA, E., Intermitent jejunogastric intussusception after subtotal gastrectomy. *Brit. J. Radiol.* 34: 750, 1961.