

Invaginación gastroduodenoyeyunal por schwanoma sangrante

Dres. Roberto L. Estrugo, Pablo Matteucci,
Roberto Bowley y Eduardo Lapiedra

Se presenta un caso excepcional de hemorragia digestiva grave por schwanoma gástrico invaginado en primera porción de yeyuno en ausencia de cirugía gástrica previa con buena evolución postoperatoria.

Se hace una revisión de las distintas formas de invaginación gastroduodenal, gastroyeyunal y yeyunogástrica así como de los tumores benignos gástricos en la búsqueda de esta complicación.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Stomach Neoplasms.

El interés de este caso radica en la rareza de la complicación de un tumor gástrico: invaginación distal del tumor y parte de la pared gástrica, a través del duodeno, en el yeyuno, y constituye la primera comunicación en la literatura nacional.

HISTORIA CLINICA

Paciente de 46 años, sexo femenino, que ingresa por hemorragia digestiva grave.

Comienza 19 años antes del ingreso luego de ingesta de alimentos excitobiliares con dolor tipo cólico localizado en hipocondrio derecho, intenso progresivo, con irradiación a dorso. Al mismo tiempo presentó náuseas y vómitos biliosos reiterados, sensación febril con chuchos de frío.

Veinticuatro horas después ingresa al Hospital de Colonia donde se diagnostica colecistitis aguda y anemia sin evidencias de sangrado. Luego de 7 días de tratamiento y mejorada de su colecistitis aguda, se comienza a estudiar por su anemia. Un estudio baritado del colon muestra una enfermedad diverticular del colon.

Al día siguiente la paciente presenta melenas abundantes con marcada repercusión hemodinámica traducida por sed, mareos, obnubilación, taquicardia y palpitations así como oliguria.

Se efectúa reposición de su volemia con diez volúmenes de sangre durante 48 hs. sin mejoría de la situación por lo que se decide el traslado al H. de Clí-

Departamento de Emergencia (Prof. G. Ríos Bruno). Hospital de Clínicas. Montevideo.

nicas en Montevideo. Como antecedentes se destaca hipertensión arterial, lúes tratada, multigesta, multipara (11 embarazos, 11 partos).

Dispepsia hipoesténica de 30 años de evolución acompañados desde hace 8 meses de cólicos hepáticos que motivaron varios ingresos al hospital donde se comprueba una colecistopatía crónica obstructiva.

Examen: Paciente obesa, obnubilada, apirética intensa, palidez de piel y mucosas, se mareo al sentarla en cama. Pulso 112 p.m., fino regular P.A. 100-70. Abdomen dolor espontáneo y a la palpación en hipocondrio derecho contractura, resto del abdomen sin otros elementos a destacar.

Tacto rectal: melenas.

Se realiza reposición de la volemia con soluciones hidroelectrolíticas y sangre total. Se decide no realizar estudio contrastado gastroduodenal intrahemorrágica para no movilizar la enferma.

En su lugar la fibrogastroscoopia mostró esofagitis leve, convergencia de pliegues con retracción de pequeña curva. Deformación antral que impide la visualización del píloro y por tanto su exploración y la del duodeno. No hay evidencia de sangrado gástrico. No se determinó la causa del sangrado.

Se interviene el día 2/9/78. La exploración abdominal mostró colecistitis aguda con pericolecistitis y asas intestinales con contenido sanguíneo en su interior. A nivel de la primera asa yeyunal se encuentra una tumoración redondeada dura, fija, que bruscamente desaparece palpándose en la 2ª porción duodenal y luego intragástrica.

Se procede a realizar gastrotomía longitudinal de cara anterior, se encuentra tumoración polipoidea de cara posterior gástrica con gran pedículo redondeado de 6 x 6 cm. con múltiples ulceraciones, en una de las cuales sangra una arteriola (causa de la hemorragia digestiva).

Se procede a la resección tumoral con pared circundante. Cierre de la brecha gástrica posterior así como la anterior en 2 planos. Colecistectomía drenaje coledociano.

Postoperatorio inmediato sin incidentes. A posteriori eventración de la mediana y confirmación de litiasis residual de colédoco. Ambas afecciones se resolvieron meses después.

Anatomía Patológica (Dr. E. Lapiedra): Tumor de aproximadamente 6 cm. de diámetro, de forma redondeada con un pedículo de implantación corto. Superficie de color grisáceo, con varias áreas ulceradas, una de ellas de mayor amplitud (fig. 1). Al corte, presenta una cápsula bien delimitada con áreas de necrosis in-

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 28 de mayo de 1980.

Residente de Cirugía M.S.P., Profesor Adjunto, Médico Auxiliar y Anatómo Patólogo. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Av. Rivera 5716, Montevideo (Dr. R. Estrugo).



FIG. 1.—Esquema de la invaginación del Schwannoma gástrico en yeyuno.

tratumoral hemorrágica. El resto del tejido tumoral es de aspecto blanquecino, sin áreas de calcificación (figura 2).

Microscopía: Hematoxilina - eosina.

Se observan células fusiformes dispuestas en haces que constituyen bandas en zonas arremolinadas, con múltiples zonas de núcleos que se disponen a la misma altura configurando un aspecto en "empalizada". No se observan signos de atipia celular, presenta cápsula bien definida y está recubierta por mucosa gástrica sana (fig. 4).

En suma: tumor gástrico con caracteres macroscópicos y microscópicos de schwannoma a localización gástrica.

COMENTARIO

Esta paciente se intervino quirúrgicamente por una hemorragia digestiva alta, grave, mantenida. Dado el cuadro previo de colecistitis aguda, se planteó una hemorragia digestiva por fístula biliodigestiva por migración calculosa. En ningún momento se pensó en una invaginación gastroduodenoyeyunal pese al informe fibrogastroscópico.

En cuanto a la patogenia de la invaginación creemos que el sangrado de una de las ulceraciones del tumor y su propio volumen determinaron el aumento de peristalsis, esto sumado a una probable laxitud en el meso gastrohepático provocaron la invaginación primero en duodeno y luego en yeyuno.

DISCUSION

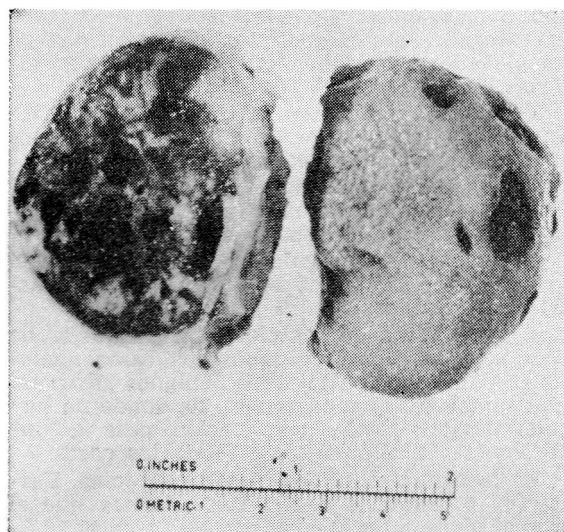
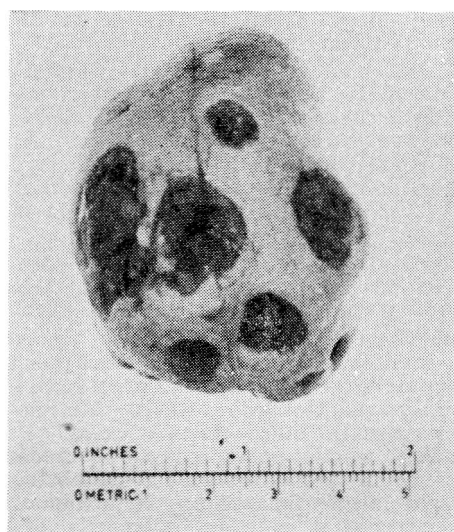
En la literatura nacional no encontramos casos similares.

En las publicaciones extranjeras la mayoría de los autores al mencionar las invaginaciones sin cirugía previa se refieren a prolapsos mucosos gastroduodenales (2), aunque verdaderas invaginaciones gastroduodenales o gastroyeyunales encontramos sólo dos.

Elgood (3) refiere un caso de invaginación gastroduodenal por leiomioma gástrico con episodios previos de hemorragia digestiva.

Hobbs y Cohen (6) a propósito de un caso de invaginación gastroduodenal por lipoma gástrico submucoso pediculado hace una revisión estadística que abarca 45 casos en un periodo de 57 años (1888 - 1945).

De ellos: 8 fueron hallazgos necrópsicos, 13 casos de diagnóstico radiológico y 24 de hallazgo operatorio.



FIGS. 2 y 3.—Aspecto macroscópico. Superficie externa y al corte del Schwannoma gástrico.

Estos autores clasificaron las invaginaciones en: 1) completas o parciales según se afecte toda la pared gástrica o sólo la mucosa con el tumor; 2) centrales si afecta toda la circunferencia gástrica con un eje de invaginación paralelo al eje del órgano o laterales donde el eje de la invaginación formaría un ángulo con el del estómago, y finalmente 3) pueden graduarse de I a IV según el sector duodenal alcanzado.

La sintomatología es inespecífica y habitualmente puede manifestarse como oclusión intestinal alta o aún como hemorragia digestiva como en nuestro caso o el de Elgood (3).

La radiología puede mostrar signos característicos producidos por el tumor cabeza de invaginación (14) y por la invaginación en sí, consistentes en estriaciones axiales convergentes en duodeno y paralelas transversas. A veces éstas faltan y en su lugar se ve la interrupción brusca del contraste con o sin

Del punto de vista patológico Schmieden y Westhues (11) postulan dos fases en la invaginación gastroduodenal: a) una activa por tracción del tumor, y b) pasiva por un duodeno móvil, como condiciones predisponentes pequeñas invaginaciones previas, pedículo del tumor fino, estómago ectásico y ligamentos elásticos.

El resto de las publicaciones se refieren a invaginaciones anterógradas gastroyeyunales (5, 7) o retrógradas luego de cirugía derivativa o postgastrectomía (1, 10).

La invaginación yeyunogástrica puede ser del asa eferente (75 %), aferente (10 %) o de ambas simultáneamente (15 %). Al año 1980 existen aproximadamente 40 casos. Pueden producirse en el postoperatorio inmediato o alejado (1, 9) y manifestarse como obstrucción intestinal lo más frecuente o como hemorragia digestiva.

En nuestro medio existe un caso de Varela (13) al que se le realizó sólo la desinvaginación del asa eferente con buena evolución postoperatoria. Este método tendría sin embargo un elevado porcentaje de recidivas postoperatorias.

Tuschka (12) planteó la fijación del asa invaginada al colon o mesocolon transversal a los efectos de evitar la recidiva.

En los casos de invaginación gastroduodenal o gastroyeyunal por tumor gástrico la conducta racional es la cirugía de exéresis.

Desinvaginación seguida de amplia resección del tumor con la pared involucrada o aún gastrectomía subtotal.

A los efectos de completar la búsqueda de esta complicación, revisamos los casos nacionales publicados de tumores benignos gástricos, que suman aproximadamente 20, donde no hay referencias a esta complicación pese a que Hobbs (6) la cita en un 3 % de los casos.

En la última publicación sobre el tema, Farcic (4) a propósito de 20 casos destaca que el primer síntoma es el tumor palpable en el 10 % de los casos aunque el más frecuente (50 %) es la hemorragia digestiva y alguna rara vez el síndrome pilórico.

En nuestra enferma se asocian dos complicaciones, una frecuente la hemorragia digestiva, síntoma de comienzo y la segunda excepcional, la invaginación probablemente secundaria a la anterior.

RESUME

Invagination gastroduodenojéjunale due a un schwannome gastrique saignant

On présente un cas exceptionnel d'hémorragie digestive grave due à un schwannome gastrique invaginé dans la première anse jéjunale, sans chirurgie gastrique au préalable, avec une bonne évolution postopératoire.

On fait une révision bibliographique des différentes formes d'invagination gastroduodénale et gastrojéjunale, ainsi que des tumeurs gastriques bénignes, à la recherche de cette complication.

SUMMARY

Gastroduodenojejunal Invagination of Bleeding Gastric Schwannoma

A rare case of digestive hemorrhage due to invaginated gastric schwannoma in first jejunal loop, in a patient without prior gastric surgery, was operated with good postoperative evolution.

Review of literature looking for the different forms of gastroduodenal and gastrojejunal invagination, as well as of benign gastric tumors, is done.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALEMAN S. Jejuno gastric intussusception: a rare complication of the operated stomach. *Acta Radiol*, 29: 383, 1948.
2. COVE AM, CURPHEY WC. Prolapse of redundant gastric mucosa. *Surg Gynecol Obstet*, 88: 108, 1949.
3. ELGOOD J. Gastroduodenal intussusception caused by a large leiomyoma of the Stomach. *Br J Surg*, 38: 388, 1951.
4. FARCIC A, SCHNEEBERGER F, IRAOLA ML. Tumores gástricos benignos intramurales. *Cir Uruguay*, 48: 283, 1978.
5. GRIMOUD M, MOREAU G, LEMOZY J. Le prolapsus post-opératoire transanastomotique de la muqueuse gastrique. *Arch Mal App Dig*, 53: 649, 1964.
6. HOBBS WH, COHEN SE. Gastroduodenal invagination due to a submucous lipoma of the stomach. *Am J Surg*, 71: 505, 1946.
7. LEVINE M, BOLEY SJ, MELLINS HZ, SCHWARTZ SS. Gastrojejunal mucosal prolapse. *Radiology*, 80: 30, 1963.
8. MASON LB, WILLIAMS RW, MARSHBURN ET. Retrograde jejuno gastric intussusception following gastrectomy. *Arch Surg*, 81: 485, 1960.
9. MC GLONE FB, BURNS DH. Temporary jejuno-gastric intussusception: report of a case. *Gastroenterology*, 26: 921, 1954.
10. PALMER ED. Retrograde intussusception at the gastro-jejunal stoma. *Am J Dig Dis*, 21: 309, 1954.
11. SCHMIEDEN, WESTHUES. Citado por 6.
12. TUSCHKA O. Jejuno gastric intussusception. *J.A.M.A.*, 186: 1092, 1963.
13. VARELA N. Invaginación yeyunogástrica aguda postgastrectomía. *Rev Cir Uruguay*, 6: 178, 1966.
14. ZERBONI ER. Contribución de la radiología en el estudio de los tumores benignos de estómago. *Bol Soc Cir Uruguay*, 16: 502, 1945.

DISCUSION

DR. VALLS.— No puede pasar en silencio esta presentación aunque uno no haya tenido ningún caso parecido. Es rarísimo lo presentado por el autor. Nosotros hemos operado invaginaciones intestinales secundarias a tumores de intestino delgado.

Es lógico, el peristaltismo de la viscera empuja al tumor y trata de expulsarlo hacia abajo y hace que se produzca la invaginación. Operé una invaginación intestinal en un niño de 12 años que tenía un pólipo adenomatoso de delgado, que empezaba en las primeras asas yeyunales y llegó hasta el colon y la cabeza de invaginación era un pólipo adenomatoso.

Como en toda invaginación, hay un elemento de sufrimiento vascular, lo que explica que el dolor fuera muy intenso. Yo creo que es de los dolores más intensos que hay y es un dolor que se propaga hacia la región dorsal.

Es muy interesante el caso y lo felicito por el éxito obtenido.

Hay una coincidencia con la colecistitis. Quién sabe si hay una coincidencia o si no ha ayudado a desencadenar el cuadro o condicionado modificaciones del peristaltismo que desencadenaron una colecistitis obstructiva.

Lo felicito nuevamente por haber presentado el caso que es extraordinariamente raro.

DR. SUIFFET.— Yo quisiera hacer una pequeña sugerencia a propósito de esta presentación y es que el autor aclaró que estaba mal el título; que no era invaginación gastro-duodenal sino gastro-yeyunal. Yo creo que no es ni invaginación gastro-duodenal ni gastro-yeyunal. Esta es una observación de una invaginación gastro-duodeno-yeyunal. Es la manera en que debe tipificarse, porque quien lee en el índice invaginación gastro-yeyunal, va a tener siempre en mente la idea de que es un enfermo que ha sido gastrectomizado o se le ha hecho una gastroenterostomía. De manera que creo que esto es una invaginación gastro-duodeno-yeyunal.

La invaginación en realidad es del tumor, aunque parte de la pared gástrica acompañó. ¿Se trataba de la mucosa sola o de toda la pared gástrica? Porque de acuerdo con los esquemas, que pueden tener sus defectos, parece ser que el pedículo es mucoso sólo, que

no es de toda la pared gástrica, cosa posible porque: 1) el tumor es voluminoso y antes de condicionar esta complicación pudo haber producido una laxitud de la mucosa gástrica que permitió la invaginación del tumor y del cono mucoso sólo, y 2) es la invaginación de un tumor donde no está arrastrada toda la pared de la viscera que se invagina. Eso en cuanto a la invaginación.

La manera de presentarse el shwanoma con hemorragia, es la forma habitual. El Prof. Stajano tiene publicado en Anales de la Facultad de Medicina de 1938 un trabajo sobre Shwanoma gástrico, algunos de los cuales tuvimos oportunidad de observar en la Clínica con él. Todos se presentaron con hemorragias masivas que se producen por la ulceración superficial de la mucosa. Además tiene como característica que se va exteriorizando, se va haciendo submucoso. Lo que en principio teóricamente puede favorecer la posibilidad de la invaginación.

Es un caso muy interesante y sobre todo los hechos le permitieron a los autores actuar correctamente porque si no se hubiera desinvaginado espontáneamente o por las maniobras de exploración, pudiera haber originado no digamos un error de táctica.

DR. ESTRUGO.— Quisiera agradecer el comentario del Dr. Valls. Y con respecto a lo aconsejado por el Dr. Suiffet, que se debería llamar invaginación gastro-duodeno-yeyunal; cuando nosotros solicitamos al CEN-DIM bibliografía sobre invaginación gastro-yeyunal, toda la bibliografía enviada fue sobre invaginaciones gastro-yeyunales postgastrectomía.

Respecto a si lo invaginado es sólo el tumor con la mucosa, esta observación la habíamos presentado en un Ateneo realizado en el Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas de Montevideo. Habíamos llegado a la conclusión de que debía haber una submucosa muy elástica que permitía el pasaje del tumor con mucosa, dado que no encontramos en la pared gástrica elementos como piqueteado hemorrágico o algún surco cianótico que implicara que había sufrido esa parte del estómago. Pero dado el acercamiento del cardias al píloro y la imposibilidad de pasar los endoscopistas, no nos aclaró qué parte de la pared gástrica está involucrada.

Muchas gracias.