



P-172 - INVAGINACIÓN YEYUNO-GÁSTRICA TRAS GASTRECTOMÍA TIPO BILLROTH II

A. Cruz Cidoncha, L. García, E. González, Á. Robín, A. Galván, J. López-Monclús, D. Melero y M.Á. García Ureña

Hospital de Henares, Coslada.

Resumen

Introducción: La invaginación intestinal tras la cirugía gástrica es una complicación poco frecuente. La incidencia se sitúa por debajo del 0,1%. El primer caso de invaginación yeyuno-gástrica fue comunicado por Bozzi en 1914 y desde entonces se han publicado a lo largo del tiempo algunos casos aislados.

Caso clínico: Paciente de 69 años con los antecedentes personales de exfumador de 40 cig/día, EPOC grave tipo enfisema con FEV 1 del 21% y oxígeno domiciliario 24 horas y Gastrectomía tipo Billroth II tras perforación gástrica por ulcus hace 16 años. Acude a urgencias por dolor abdominal en piso superior irradiado a la espalda. A la exploración presenta un abdomen distendido y doloroso a nivel epigástrico sin signos de irritación peritoneal. En la analítica destaca una anemia moderada con una hemoglobina 11,4 g/dL, hematocrito 35,9%, leucocitos $8,27 \times 10^3/\mu\text{L}$, neutrófilos % 87,5% y proteína C reactiva 390,7 mg/L. Posteriormente el paciente presenta vómitos en posos de café por lo que se coloca sonda nasogástrica obteniendo un débito de aspecto oscuro y abundante. Una ecografía demuestra la presencia de un remanente gástrico dilatado hasta la pelvis con asas intestinales en su interior por lo que se realiza TAC donde se visualizan cambios postquirúrgicos de gastrectomía subtotal con gastroyeyunostomía tipo Bilioth II apreciándose una marcada dilatación del remanente gástrico que alcanza la pelvis, visualizándose en su interior la invaginación del meso acompañado de asas de intestino delgado, que obstruye la salida del estómago. No se aprecia dilatación del asa aferente. Es intervenido mediante laparotomía media supra-infraumbilical encontrando una invaginación de aproximadamente 1 m de asa yeyunal eferente en remanente gástrico que presenta gran dilatación. Un segmento de unos 20 cm que presenta congestión y equimosis superficial y que recupera aspecto de viabilidad. Se realiza desinvaginación de yeyuno y pexia de asa eferente en pared lateral derecha. El postoperatorio evoluciona de forma favorable manteniéndose estable desde el punto de vista respiratorio y presentando desde el punto de vista digestivo buena tolerancia oral y ausencia de sintomatología abdominal.

Discusión: Dentro de las invaginaciones asociadas a la cirugía gástrica la más frecuente es la yeyuno-gástrica encontrándose en menor número de ocasiones la yeyuno-yeyunal, yeyuno-duodenal, duodeno-gástrica o la que se produce a través de la anastomosis de Braum. En el caso que nos ocupa no fue encontrada ni causa funcional ni orgánica que justificara la invaginación aunque si se apreció una amplia anastomosis yeyuno-gástrica que permitía la invaginación de un amplio segmento de intestino delgado dentro del estómago. La invaginación Yeyuno-gástrica tras una anastomosis

gastroyeyunal es muy poco frecuente y cursa con dilatación gástrica y obstrucción de salida. Si el asa es viable es factible la realización de una desinvaginación con pexia del asa invaginada y si esta presenta isquemia importante o perforación se debe realizar una resección del segmento afecto con anastomosis o en su caso reconstrucción de la anastomosis gastro-yeyunal.