



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-632 - INTUSUSCEPCIÓN DEL PIE DE ASA. UN CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Díaz Candelas, Daniel Alejandro; García Gil, José Manuel; Gemio del Rey, Ignacio Antonio; González Sierra, Begoña; Picardo Gomendio, María Dolores; Arteaga Peralta, Vladimir; de la Plaza Llamas, Roberto; Ramia Ángel, José Manuel

Hospital Universitario, Guadalajara.

Resumen

Introducción: La reconstrucción de tránsito intestinal en Y de Roux ha sido una técnica ampliamente utilizada en la cirugía digestiva. Válida en reconstrucciones por neoplasias gástricas o pancreáticas y en las últimas décadas, con mayor frecuencia, en la cirugía bariátrica. La intususcepción es una complicación infrecuente que ocasiona, en la gran mayoría de los casos, obstrucción total o parcial al tránsito; esta puede ser anterógrada (peristáltica) o retrógrada (antiperistáltica) y originarse en el asa aferente, eferente o común, siendo esta última la más afectada. La etiología en estos pacientes no está clara. Se cree que factores como las alteraciones en la motilidad o la pérdida sustancial de peso pueden estar implicados y suele ocurrir meses o años después de la cirugía. La prueba diagnóstica más utilizada es la TC, pero existen otras como el estudio radiográfico contrastado, el ultrasonido y la endoscopia, también válidas y que pueden ser complementarias. El tratamiento es quirúrgico pudiendo variar desde la desinvaginación con o sin pexia hasta la resección del segmento afectado. Se realiza búsqueda bibliográfica en PubMed a fecha de junio 2020 con las siguiente palabras claves: intussusception, anastomosis, Roux-en-Y, gastrectomía con sus respectivos MESH obteniendo 13 resultados de los cuales se encontraron 11 casos reportados similares al nuestro.

Caso clínico: Se trata de mujer de 58 años con antecedente quirúrgico de gastrectomía parcial con gastroyeyunostomía en Y de Roux laparotómica por ulcus gástrico hace 20 años que acudió a la urgencia por dolor abdominal de 4 días de evolución, continuo y de localización difusa. Los últimos 3 días presentó vómitos y ausencia de deposiciones. A la exploración física impresionaba de hábito caquético, el abdomen estaba distendido y con timpanismo. No se constató datos de irritación peritoneal. En la analítica 7.600/ μ L leucocitos, Hb: 11,1 g/dL, neutrófilos 76,5%, PCR: 202,7 mg/L, albumina sérica 25,7 g/L, prealbúmina: 8 mg/dL con riesgo alto de nutrición con índice de 9. La radiografía de abdomen evidenció dilatación de intestino delgado (fig. 1). En TC se visualizó signos de intususcepción distal a la anastomosis de pie de asa condicionando obstrucción intestinal. (fig. 2). Se decidió laparotomía exploradora urgente constatando la intususcepción anterógrada en el asa común, a 2 cm del pie de asa que se reduce de forma manual, pero condicionaba cambios isquémicos transmurales a dicho nivel, decidiéndose realizar resección y nueva anastomosis. En el postoperatorio inmediato se inició nutrición parenteral total seguida por suplementos orales. La paciente evolucionó de forma favorable y fue dada de alta al quinto día postoperatorio sin

complicaciones.

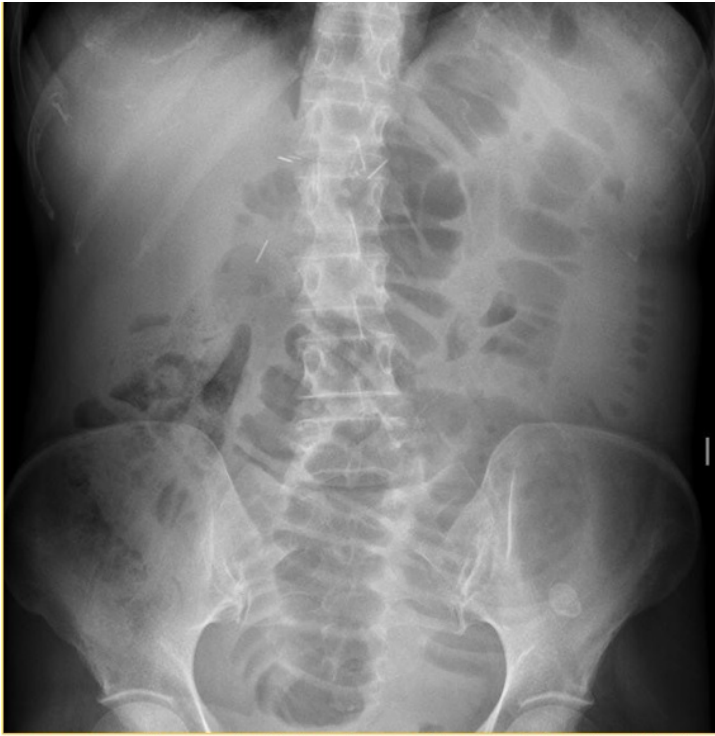


Imagen 1. Radiografía simple de abdomen. Dilatación de intestino delgado.

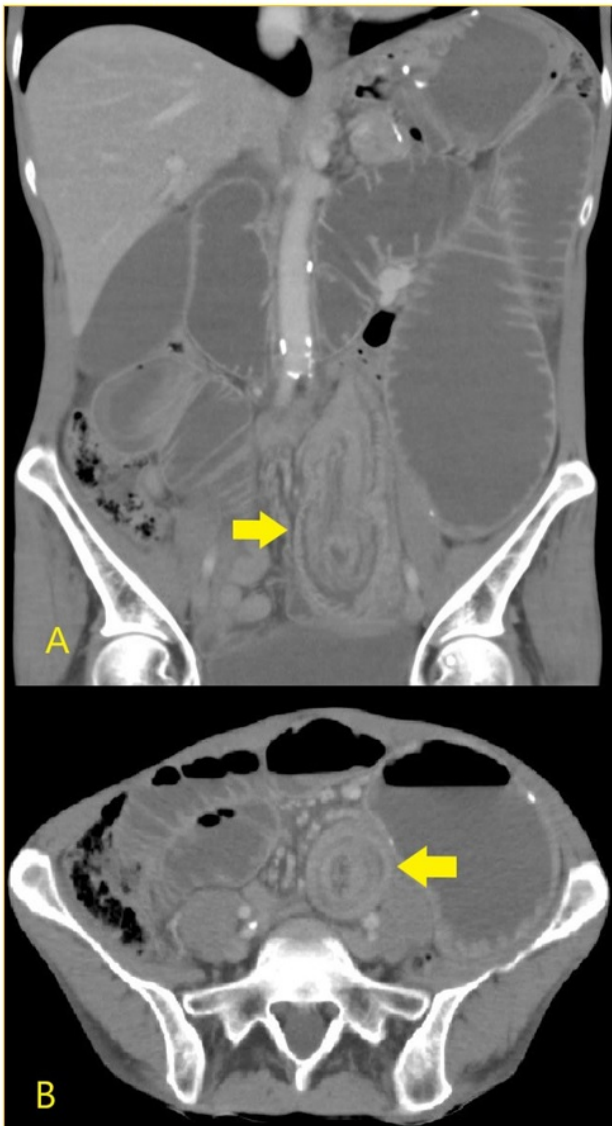


Imagen 2. Intususcepción intestinal en TC. A: corte coronal. B: corte axial

Discusión: La intususcepción es una causa infrecuente de obstrucción intestinal, potencialmente letal, por lo que debemos considerarla como diagnóstico diferencial en pacientes sometidos a cirugías con este tipo de reconstrucción y así, realizar un tratamiento quirúrgico oportuno. Por otro lado, debemos considerar el estado nutricional preoperatorio, siempre que sea posible y de forma objetiva (albúmina, proteínas, prealbúmina, índice nutricional, entre otros), sobre todo en pacientes sometidos a cirugías previas restrictivas/malabsortivas, con el fin de iniciar nutrición (parenteral/enteral) de forma precoz y prevenir o tratar trastornos nutricionales que puedan contribuir a complicaciones postoperatorias.