



Caso clínico

Fístula gastroyeyunal crónica más intususcepción intestinal como complicación de bypass gástrico en Y de Roux. Reporte de caso

Chronic gastrojejunal fistula plus intestinal intussusception as a complication of Roux-en-Y gastric bypass. Case report

Julio A Rodríguez-Gómez,* Ana J Suárez-Ortega,* María A Maldonado-Vázquez,*
Federico A Castillo-González,* Juan J Cortés-Romano*

* Departamento de Cirugía Bariátrica y Gastrointestinal Avanzada. Hospital Ángeles Pedregal. Ciudad de México, México.

RESUMEN

Introducción: La intususcepción intestinal y la fístula gastroyeyunal son complicaciones poco frecuentes de la cirugía bariátrica. En este reporte se describe un caso con la presentación conjunta de ambas entidades y se revisan los aspectos diagnósticos, así como el manejo quirúrgico empleado. **Caso clínico:** Paciente femenina con antecedente de bypass en Y de Roux que acude con presencia de dolor crónico. Se realiza tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen, así como endoscopia, encontrándose reflujo biliar y el signo de la diana sugestivo de intususcepción. Se efectúa laparoscopia diagnóstica, llevándose a cabo fistulectomía con cierre primario del *pouch* gástrico y enteroenteropexia yeyunoyeyunal. La paciente tuvo evolución posoperatoria favorable. **Conclusión:** Tanto la intususcepción como la fístula gastroyeyunal, aunque son consecuencias poco frecuentes de un bypass gástrico, deben considerarse como posibilidades diagnósticas de dolor abdominal crónico.

Palabras clave: Fístula gastroyeyunal, intususcepción intestinal, bypass gástrico en Y de Roux, signo de la diana, obstrucción intestinal, caso clínico.

ABSTRACT

Introduction: Intestinal intussusception and gastrojejunal fistula are rare complications after bariatric surgery. This report describes a case where both entities were present, and comments are made about the diagnostic workup and therapeutic measures taken. **Clinical case:** Female patient with a history of Roux-en-Y gastric bypass who presents with chronic abdominal pain. Upper GI endoscopy shows bile reflux and CAT scan reports a «target sign» which suggests intussusception. Laparoscopy confirms the presence of a gastrojejunal fistula and jejunojejunal intussusception which are resolved by fistulectomy with primary gastric pouch closure and entero-enteropexy. Postoperative course was uneventful. **Conclusion:** Both intussusception and gastrojejunal fistula, although rare complications after gastric bypass, must be considered as possible diagnoses in chronic abdominal pain.

Keywords: Gastrojejunal fistula, intestinal intussusception, Roux-en-Y bypass, target sign, intestinal obstruction, clinical case.

www.medigraphic.org.mx

Recibido: 09/12/2021. Aceptado: 25/01/2022.

Correspondencia: **Julio A Rodríguez-Gómez**

Hospital Ángeles Pedregal. Camino a Santa Teresa No. 1055, Col. Héroes de Padierna, 10700, La Magdalena Contreras, Ciudad de México.

E-mail: rodriguezja88@gmail.com

Citar como: Rodríguez-Gómez JA, Suárez-Ortega AJ, Maldonado-Vázquez MA, Castillo-González FA, Cortés-Romano JJ. Fístula gastroyeyunal crónica más intususcepción intestinal como complicación de bypass gástrico en Y de Roux. Reporte de caso. Rev Mex Cir Endoscop. 2021; 22 (2): 84-88. <https://dx.doi.org/10.35366/104406>



INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal complica del orden de 5-6% de todos los pacientes con bypass gástrico en Y de Roux. La intususcepción intestinal retrógrada es una de las complicaciones tardías más raras en estos pacientes y ocurre casi exclusivamente a nivel de la yeyuno yeyuno anastomosis. Por otra parte, la existencia de una fístula gastroyeyunal en pacientes bariátricos representa una complicación no reportada en la literatura.

Este caso describe la presencia de obstrucción intestinal en una paciente en la que se efectuó bypass gástrico y además se encontró una fístula gastroyeyunal y evidencia de intususcepción a nivel de la yeyuno yeyuno anastomosis, algo muy inusual que representó un reto diagnóstico y terapéutico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente femenino de 47 años, con antecedente de tabaquismo positivo, sin enfermedades cronicodegenerativas, cirugía de manga gástrica en 2007, colecistectomía laparoscópica más CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) por coledocolitiasis en 2009, así como cirugía de revisión con conversión de manga a bypass gástrico en Y de Roux más gastrectomía en 2012

por reflujo posmanga. Presentó también úlceras de boca anastomótica, documentadas por endoscopia en 2012, tratadas de manera conservadora. Adecuada pérdida de peso posbypass con índice de masa corporal (IMC) de 25.3 a los seis meses de la cirugía (IMC inicial de 35.2).

Acude con presencia de dolor crónico de siete años de evolución, intermitente, de intensidad leve a moderada, el cual no era incapacitante, exacerbado una semana previa, tipo cólico, además de cambios en el hábito intestinal, refiriendo también reflujo *de novo* de cuatro años de evolución, motivo por el cual acude al servicio de urgencias de nuestro hospital. Se llevó a cabo protocolo de estudio con TAC de abdomen con contraste intravenoso, así como endoscopia digestiva superior, encontrándose sólo reflujo biliar en el asa alimentaria (Figura 1). La TAC demostró la presencia del signo de la diana (Figura 2), por lo que se diagnosticó además del reflujo biliar, una intususcepción intestinal, y se decidió hacer exploración quirúrgica.

Se efectuó laparoscopia diagnóstica, encontrando múltiples adherencias laxas y firmes en cavidad abdominal, así como la presencia de una fístula gastroyeyunal, específicamente la yeyuno yeyuno anastomosis fistulizada hacia el *pouch* gástrico (Figuras 3 y 4). No se encontró la intususcepción intestinal, la cual se presume se redujo de forma espontánea al momento de la inducción



Figura 1:

Endoscopia digestiva superior en la que se manifiesta la presencia de reflujo biliar en el asa alimentaria.



Figura 2: TAC (tomografía axial computarizada) contrastada en corte axial en la que se observa el signo de la diana (flecha), el cual se considera patognomónico de intususcepción intestinal.

anestésica. Se realizó fistulectomía con cierre primario del *pouch* gástrico, así como enteropexia de la yeyuno yeyuno anastomosis en el sitio donde se encontraba la intususcepción, con el objetivo de evitar que se pudiera repetir el cuadro de intususcepción. Se colocaron drenajes, uno hacia el hueco pélvico y otro hacia el sitio del cierre primario del *pouch* y se dio por terminado el acto quirúrgico. Durante el posquirúrgico, la paciente permaneció en ayuno durante 48 horas, con estrecha vigilancia del control del dolor, así como de los signos vitales y las características de los drenajes, iniciando dieta líquida a tolerancia con buena evolución y egresando por mejoría a los cinco días sin drenajes. Fue revisada en la consulta a los siete días para retiro de puntos, refiriendo mejoría notable del cuadro clínico sin datos de reflujo, así como sin dolor. Fue valorada de nueva cuenta al mes de la cirugía y egresada con cita abierta.

DISCUSIÓN

Debido al estilo de vida sedentario y a los cambios en los hábitos nutricionales, la obesidad se ha convertido en una de las enfermedades más prevalentes en el mundo. La cirugía bariátrica es considerada el mejor tratamiento a largo plazo para tratar la obesidad y sus complicaciones. El bypass gástrico en Y de Roux es, hoy en día, el estándar de oro en el tratamiento quirúrgico de la obesidad. En la actualidad, en nuestro centro se realizan en promedio 80 cirugías por año, de las cuales 75% son bypass, la técnica quirúrgica corresponde al bypass gástrico simplificado, creando un asa en omega, la cual al final de la cirugía convertimos en

un asa en Y, tal y como lo describió el Dr. Hans Lönroth.¹ A pesar del descenso en el número de complicaciones posquirúrgicas en la última década, la morbilidad y mortalidad asociadas al bypass gástrico continúan siendo tema de preocupación.²

La obstrucción intestinal complica entre 5 y 6% de todos los pacientes con bypass gástrico en Y de Roux. Adherencias, así como hernias internas o estenosis a nivel de la yeyuno yeyuno anastomosis son las principales causas.³ La intususcepción intestinal retrógrada es una de las complicaciones tardías más raras en los pacientes con bypass gástrico. Tiene una incidencia reportada de entre 0.1 y 0.3% de los pacientes con obstrucción intestinal.⁴ Ocurre casi exclusivamente a nivel de la yeyuno yeyuno anastomosis de forma retrógrada. En general, se presenta en mujeres que tuvieron buena pérdida de peso, con promedio de descenso en el índice de masa corporal (IMC) de 15.8 kg/m².⁵ Hasta ahora, el manejo sigue considerándose tema de debate.⁵

La invaginación intestinal se define por la extensión de un segmento del tracto gastrointestinal dentro de la luz del segmento adyacente.⁵ Todos los casos de intususcepción intestinal después de bypass gástrico en Y de Roux parecen ser de tipo retrógrado, lo que significa que el segmento distal está invaginado dentro del segmento más proximal,⁵ además de que prácticamente todos involucran a la yeyuno yeyuno anastomosis.⁶ No se ha identificado una causa específica por la que se produce; no obstante, se han propuesto algunas teorías, por ejemplo, alteraciones de la motilidad intestinal debidas a marcapasos anómalos con producción de ondas peristálticas que podrían llegar a la anastomosis yeyuno-yeyunal en forma simultánea creando una onda de mayor amplitud.⁶ También se ha planteado que la baja excesiva de peso disminuye la tracción de los mesenterios y de esta manera el intestino estaría más propenso a esta condición.⁶

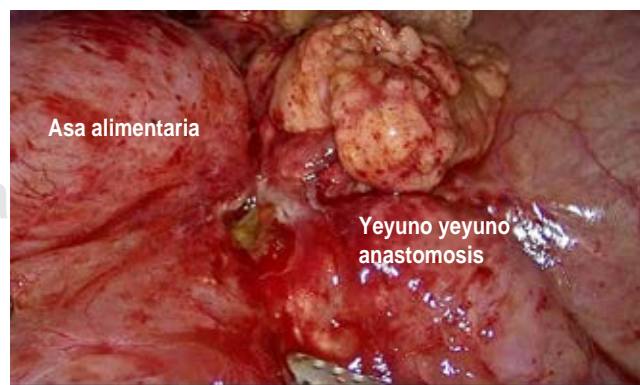


Figura 3: Laparoscopia diagnóstica en la que se observa la presencia del asa alimentaria fistulizada hacia la yeyuno yeyuno anastomosis.

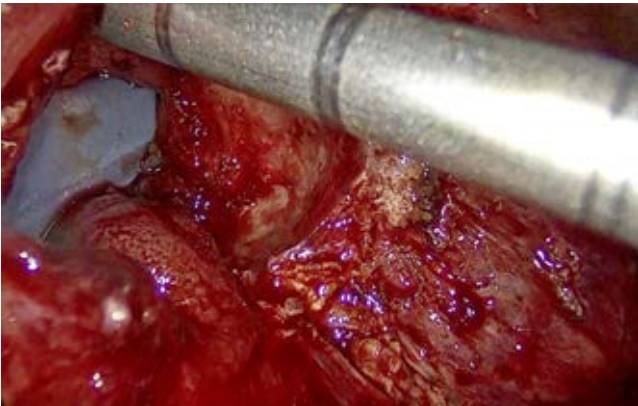


Figura 4: Laparoscopia diagnóstica en la que se observa la realización de la fistulectomía.

Clínicamente, los pacientes presentan dolor abdominal vago e insidioso, aunque puede llegar a ser inespecífico.⁴ Los síntomas son similares a los de otras causas de obstrucción intestinal, como pueden ser hernias internas o estenosis de las anastomosis.³ En algunas ocasiones los pacientes acuden a urgencias con dolor recurrente, no incapacitante, en varios episodios.³ Las mujeres parecen estar más propensas presentándose en 90% de los casos de intususcepción intestinal.⁵ Lo más común es que los pacientes se presenten con dolor abdominal, náusea y vómito.³ La palpación de una masa es infrecuente y ésta se puede encontrar hasta en 10% de los pacientes.³

Ya que la presentación clínica es indistinguible de las causas más comunes de obstrucción intestinal en los pacientes posbypass, proceder con una tomografía simple de abdomen es mandatorio, en la que se puede observar el signo de la diana, el cual se considera patognomónico.⁴⁻⁶

El tratamiento ideal de la intususcepción intestinal continúa siendo tema de debate; pero está bien establecido que como cualquier intususcepción en adultos debe ser quirúrgico.^{5,6} Existen tres tipos de manejo. El primero consiste en la reducción manual de las asas. El segundo, además de la reducción, se acompaña de enteropexia. En el tercero se realiza resección de los segmentos con intususcepción.⁵

C. Simper y colegas hicieron un estudio retrospectivo, en un solo centro, en donde se analizaron 23 casos de intususcepción intestinal posterior a bypass gástrico en Y de Roux. En dos casos se llevó a cabo simple reducción, en cinco además se hizo enteropexia y en 16 se agregó segmentectomía de la zona con intususcepción. Cada grupo tuvo dos casos de recurrencias, responsables de 100, 40 y 12.5% de sus recurrencias.⁵ Aunque esta serie

es pequeña, parece evidente que la simple reducción es un tratamiento insuficiente.⁵

En el caso de nuestra paciente, procedimos a realizar sólo reducción con enteropexia, debido a que no se encontró en la laparoscopia el segmento con intususcepción, por lo que se decidió no agregar más morbilidad a la paciente.

La presencia de una fístula gastroyeyunal, hasta donde sabemos, no ha sido reportada en pacientes con bypass gástrico, siendo las más comunes las gastrogástricas. El mecanismo fisiopatológico propuesto para esta nueva complicación es la manifestación de un proceso inflamatorio a nivel del *pouch* gástrico, debido al antecedente de la úlcera de boca anastomótica, la cual favoreció la formación de la fístula (Figura 5). El caso fue resuelto por medio de fistulectomía con cierre primario del *pouch* gástrico y la paciente tuvo una evolución satisfactoria.

La intususcepción intestinal, así como las fístulas en cirugía bariátrica son complicaciones poco frecuentes y más infrecuente aún es la presentación de las dos complicaciones

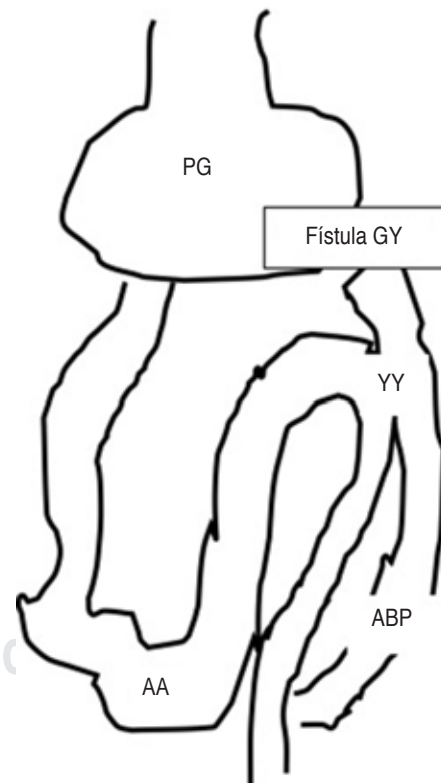


Figura 5: Mecanismo fisiopatológico propuesto para la formación de una fístula gastroyeyunal en paciente posoperado de bypass. PG = *pouch* gástrico; GY = gastroyeyunal; AA = asa alimentaria; YY = yeyuno yeyuno anastomosis; ABP = asa biliopancreática.

en un mismo paciente, el diagnóstico es complejo; siempre debe efectuarse una tomografía para descartar las causas más comunes de obstrucción intestinal. El tratamiento no está exento de complicaciones. Actualmente, el manejo de la intususcepción varía dependiendo de la presentación y las condiciones hemodinámicas del paciente, y debe ser individualizado, aunque como se comentó, la reducción por sí sola parece insuficiente.

CONCLUSIONES

Consideramos que este caso es de interés para los cirujanos que realizan procedimientos bariátricos o atienden sus complicaciones. Tanto la intususcepción como la fístula gastroyeyunal, aunque son causas poco frecuentes de dolor abdominal en estos pacientes, deben considerarse como posibilidades diagnósticas.

REFERENCIAS

1. Zerrweck-López C. Origen del «bypass gástrico simplificado». *Cir Cir.* 2015; 83: 87-88.
2. Chahine E, Kassir R, Dirani M, Joumaa S, Debs T, Chouillard E. Surgical management of gastrogastic fistula after Roux-en-Y gastric bypass: 10-year experience. *Obes Surg.* 2018; 28: 939-944.
3. Bag H, Karaisli S, Celik SC, Kar H, Tatar F. A rare complication of bariatric surgery: retrograde intususception. *Obes Surg.* 2017; 27: 2996-2998.
4. Martinez SN, Gonzalez VFM. Intususception after bariatric surgery. *J Gastrointest Surg.* 2019; 23: 597-598.
5. Chys B, Fierens J, Sohier S, Van Krunckelsven L, Dedrye L. Jejuno-jejunal intususception after Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg.* 2020; 30: 4155-4158.
6. Norero ME, Raddatz EA, Guzmán BS. Intususcepción intestinal posterior a bypass gástrico en Y de Roux. *Rev Chil Cir.* 2010; 62: 175-178.