

Intususcepción de asa alimentaria en paciente con Bypass gástrico y lupus eritematoso sistémico

Laura Elena Medina Mendoza, Luis Vivas Rojas, Jose Carmona García, Manuel Hajali Vargas

Hospital Domingo Luciani, Venezuela.

E-mail: laura0elena@gmail.com

DOI: <https://www.doi.org/10.53435/funj.00855>

Recepción (primera versión): 27-Mayo-2022

Aceptación: Octubre-2022

Publicación online: N° Octubre 2022

Resumen:

Introducción: La intususcepción es una complicación tardía e infrecuente en los pacientes bariátricos; siendo su etiología y tratamiento altamente controvertidos, y motivo de nuestra discusión.

Caso Clínico: Paciente mujer de 38 años, con antecedentes de Lupus Eritematoso Sistémico y Bypass gástrico, realizado hace 13 años; quien refiere 36 horas previas a su ingreso, epigastralgia, náuseas, vómitos y hematemesis. Tomografía simple de abdomen, con hallazgos sugestivos de intususcepción. Se practica laparotomía exploradora, constatando segmento intestinal isquémico de 10 cm e intususcepción de asa alimentaria, por lo que se realizó

resección y anastomosis de asa alimentaria y distal a esta, una nueva entero-enteroanastomosis lateral.

Conclusión: La opción terapéutica con menos recurrencia del cuadro es la resección y reanastomosis; se requiere de más evidencia para describir los efectos de la cirugía bariátrica sobre el tubo digestivo de pacientes con LES.

Palabras clave:

- Intususcepción intestinal
- Bypass gástrico
- Enteritis lupica
- SLE
- Cirugía bariátrica

Alimentary loop intussusception in a patient with gastric bypass and systemic lupus erythematosus

Abstract:

Abstract: Intussusception has been recognized as a late and infrequent complication in bariatric patients; its etiology and treatment are highly controversial, and the reason for our discussion.

Clinical Case: 38-year-old female patient, with a history of Systemic Lupus Erythematosus (SLE) and a gastric Bypass performed 13 years ago, who reported onset of symptoms 36 hours prior to admission after presenting epigastric pain, nausea, vomiting and hematemesis. An abdominal CT scan was performed, with suggestive findings of intussusception. In exploratory laparotomy was confirmed anastomotic leak, ischemic intestinal segment of 10 cm, and intussusception of the alimentary limb; it was performed resection and

anastomosis of the alimentary limb and distal to it, a new lateral jejunojunostomy anastomosis.

Conclusion: The therapeutic option with less recurrence is the resection and reanastomosis; more evidence is required to describe the effects of bariatric surgery on the digestive tract of patients with SLE.

Keywords:

- Intestinal intussusception
- Gastric Bypass
- Lupus enteritis
- SLE
- Bariatric surgery

Introducción

La intususcepción de asa delgada es una complicación tardía y poco frecuente en pacientes con antecedentes de Bypass gástrico, pudiendo generar obstrucción e isquemia intestinal. Fue descrita por primera vez en 1986 y su etiología aun es incierta; podría estar asociada a un trastorno de motilidad intestinal post procedimiento o a los cambios tróficos intrabdominales.¹ Presenta algunas características particulares como producirse en la mayoría de los casos en relación con la entero-entero anastomosis y ser una intususcepción retrograda. Su tratamiento es controvertido, existiendo varias alternativas; reducción simple, reducción y fijación del asa comprometida, pero aparentemente la resección intestinal tendría mejores resultados, con menor frecuencia de recurrencia.² En pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) la cirugía bariátrica ha demostrado mejoría clínica y requerimientos menores de glucocorticoides en los tratamientos, sin embargo, manifestaciones gastrointestinales de la enfermedad como la enteritis lúpica o incluso medicamentos inmunosupresores, pudiesen figurar como causa de hemorragias digestivas y trastornos en la motilidad del intestino.³

Caso Clínico

Paciente mujer de 36 años, con antecedentes de lupus eritematoso sistémico en tratamiento con Prednisona y Micofenolato, hipertensión arterial y Bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico realizado hace 13 años. Refiere reganancia de peso, interrupción voluntaria de suplementos vitamínicos y hábito tabáquico de 5-6 cigarrillos/día en los últimos 3 meses.

Cuadro clínico y métodos diagnósticos:

Acude a emergencias por presentar dolor en epigastrio de fuerte intensidad, tipo cólico, náuseas, vómitos y hematemesis de 36 horas de evolución. Al examen físico se evidencia taquipnea (22rpm), taquicardia (107lpm) y presión arterial elevada (170/90mmHg), palidez cutánea y mucosa, abdomen levemente distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos, dolor y masa palpable en mesogastrio, blanda, móvil y profunda. Es admitida por Servicio de gastroenterología como una hemorragia digestiva superior confirmada por endoscopia que reporta úlcera Forrest IIc distal a gastroenteroanastomosis. En vista de exacerbación del dolor abdominal, aparición de signos de irritación peritoneal, anemia, elevación de leucocitos, se solicita tomografía de abdomen en la que se evidencia dilatación

proximal de asas delgadas e imagen en diana de intestino engrosado dentro de intestino sugestiva de intususcepción.

Tratamientos indicados:

Servicio de medicina interna suspende tratamiento regular para LES e indica metilprednisolona. En vista de anemia aguda, recibe transfusión de 1 unidad de concentrado globular, antibioticoterapia con Ciprofloxacina y Metronidazol.

Técnica quirúrgica:

Se realiza laparotomía y se constata intususcepción de asa alimentaria a 60cm de asa fija, con segmento intestinal de 10cm con cambios isquémicos irreversibles y perforación de entero-enteroanastomosis, por lo que se realiza resección y anastomosis de asa alimentaria y distal a esta, una nueva entero-enteroanastomosis lateral.

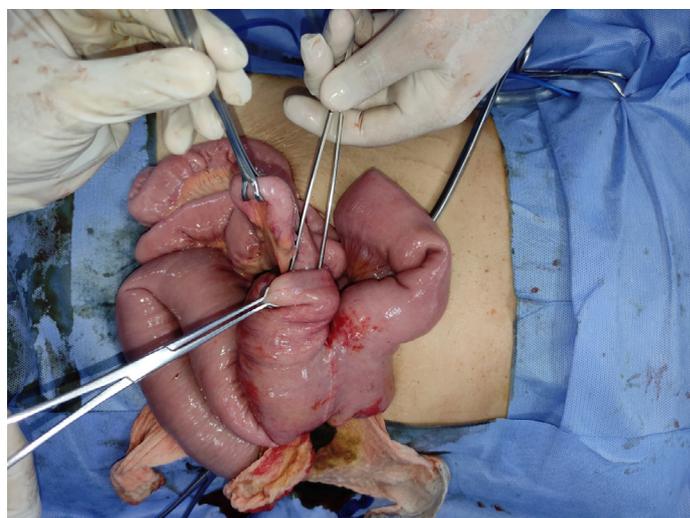


Imagen 1. Intususcepción de asa alimentaria y perforación de anastomosis laterolateral.

Evolución posquirúrgica:

En el postoperatorio la paciente recibe antibioticoterapia con Meropenem y Vancomicina y es transfundida por anemia crónica reagudizada. La paciente evoluciona de manera tórpida presentando fiebre, taquicardia, taquipnea, elevación de azoados, hipocalcemia, episodios convulsivos y focos de consolidación con derrame pleural, sugestivos de infección SARS-Cov19. Dicha infección es descartada y se plantea probable lupus en actividad. En vista de salida de líquido intestinal a través de drenes, es reintervenida 5 días después, evidenciándose fuga de anastomosis de asa alimentaria. Se realiza de nuevo anastomosis y gastrostomía tipo Stamm.



Imagen 2. Fuga de anastomosis de asa alimentaria.

En el postoperatorio inmediato se observa nuevamente liquido intestinal a través de drenes y es laparotomizada por tercera vez encontrándose fuga de anastomosis laterolateral, que se reseca y reanastomosa. Evoluciono de manera satisfactoria y a los 7 días es dada de alta en estables condiciones con plan de recuperación nutricional a través de vía oral y gastrostomía. Se realizaron pruebas inmunológicas que no reportaron lupus activo. La biopsia de intestino delgado reseca reportó presencia de vellosidades intestinales atróficas y anchas, edema ectasia vascular y linfática acentuada, inflamación crónica moderada e inespecífica en el corion interglandular.

Discusión

Se han descrito diversas causas de obstrucción intestinal en pacientes operados de Bypass gástrico, siendo las menos frecuentes y más tardías las intususcepciones retrogradas y anterógradas complicadas con estrangulación e isquemia.² En una de las series más extensas publicadas se describió una incidencia de 0.64%, mayormente retrógradas, ubicadas en el asa alimentaria y diagnosticadas en mujeres. Los síntomas referidos fueron dolor abdominal, náuseas y vómitos, como en el caso presentado.⁴

La etiología de las intususcepciones de pacientes con Bypass aún es controvertida, pero se ha planteado que, con la sección del yeyuno en la confección de la Y de Roux, se separan las células marcapasos del duodeno y se forma así un nuevo marcapasos en el asa de Roux produciendo peristalsis anterógrada, pero también retrógrada.⁵ Otras explicaciones son el adelgazamiento del mesenterio con la pérdida de peso y mayor longitud de la línea de sutura de la entero-enteroanastomosis.^{1,5}

Simper, Stephenson y Orthopoulos reportan entre los tipos de resolución quirúrgica, reducción espontánea, reducción con o sin plicatura del segmento afectado y reducción con reconstrucción de la yeyunoyeunoanastomosis.^{6,7,8}

En el caso expuesto, la complicación se presenta 13 años posterior a la intervención bariátrica, coincidiendo con inadecuadas conductas alimenticias y supresión de vitaminas y tratamientos para la hipertensión arterial y LES; factores agravantes de la inmunosupresión crónica y riesgo perioperatorio de la paciente. Algunos hallazgos tomográficos y la evolución postoperatoria tórpida en la primera cirugía hicieron plantear lupus en actividad y enteritis lúpica como desencadenante del cuadro abdominal inicial y las fugas anastomóticas. Las pruebas inmunológicas resultaron negativas, pero el estudio histológico reporta hallazgos compatibles con enteritis crónica.

Dentro de las manifestaciones del LES, la enteritis lúpica requiere de un alto índice de sospecha en pacientes no diagnosticados y en aquellos con cuadros refractarios al tratamiento, ya que su aparición es poco frecuente.^{3,9} Se ha descrito que su prevalencia alcanza el 0,2-2% en el total de pacientes con LES, y 45-79% en pacientes con LES que se presentan con dolor abdominal.¹⁰

Los hallazgos histológicos de la enteritis lúpica son inespecíficos, mostrando un proceso inflamatorio a nivel de submucosa, con necrosis fibrinoide y leucocitoclástica de la pared vascular.¹⁰ Además de los antecedentes y clínica de dolor abdominal difuso, náuseas y vómitos, es importante para el diagnóstico la tomografía de abdomen. Dentro de los hallazgos clásicos se incluyen engrosamiento difuso de la pared intestinal, dilatación de asas intestinales, hipervascularización esplácnica, difuminación de la grasa mesentérica y ascitis¹¹, observados en este caso.

En cuanto al manejo, actualmente no hay un consenso establecido sobre la mejor elección terapéutica, debido a la falta de ensayos clínicos sobre este tema.¹² El tratamiento habitual e inicial es en general con metilprednisolona o prednisona oral en dosis altas. Para casos corticoide-resistente se puede utilizar ciclofosfamida o micofenolato, teniendo este último un mejor perfil de seguridad.¹³

Conclusión

La intususcepción intestinal es una complicación esperada y poco frecuente en pacientes con antecedentes de Bypass gástrico. En varios casos se reporta la resolución espontánea, pero la opción terapéutica con menos recurrencia del cuadro es la resección y reanastomosis. En pacientes lúpicos aún quedan por describir los efectos de la cirugía bariátrica sobre el tubo digestivo.

Reconocimientos

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses, y que no fue recibido financiamiento para la publicación del presente caso

Bibliografía

1. El-Darazi E, El-Khoury E, El-Helou E, El-Chamaa B, El-Atrash N, Terro J. Retrograde intussusception causing small bowel obstruction in a 35 year old Female patient following a Roux en Y Bypass. Case report. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2021 80: 105601 doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2021.01.095>
2. Daellenbach L, Suter M. Jejunojejunal Intussusception after Roux-en-Y Gastric Bypass: A Review. *Obes Surg* 2011 21, 253–263. doi: <https://doi.org/10.1007/s11695-010-0298-5>
3. Corcelles R, CR, Romero H, Batayyah E, Brethauer SA, Schauer PR. Bariatric surgery outcomes in patients with systemic lupus erythematosus. *Surg Obes Relat Dis* 2015 11:684–689. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.soard.2014.10.006>
4. Oor JE, Goense L, Wiezer MJ, Derksen WJM. Incidence and treatment of intussusception following Roux-en-Y gastric Bypass: a systematic review and meta-analysis *Surg Obes Relat Dis* 2021 17:1017–1028 doi: <https://doi.org/10.1016/j.soard.2021.01.006>
5. Nguyen B, Kelly KA. Motility Disorders after Roux-en-Y Gastrojejunostomy. *Obes Surg* 1994 4, 219–226. doi: <https://doi.org/10.1381/096089294765558412>
6. Simper SC, Erzinger JM, McKinlay RD, Smith SC. Retrograde (reverse) jejunal intussusception might not be such a rare problem: a single group's experience of 23 cases. *Surg Obes Relat Dis* 2008 4:77– 83. doi: <https://doi.org/10.1016/j.soard.2007.12.004>
7. Stephenson D, Moon RC, Teixeira A, Jawad MA. Intussusception after Roux-en-Y gastric Bypass. *Surg Obes Relat Dis* 2014;10: 666-670. doi: <https://doi.org/10.1016/j.soard.2014.01.026>.
8. Orthopoulos G, Grant HM, Sharma P, Thomson E, Romanelli JR. Incidence and management of jejunojejunal intussusception after Roux-en-Y gastric Bypass: a large case series. *Surg Endosc* 2020 34, 2204–2210 doi: <https://doi.org/10.1007/s00464-019-07009-0>
9. Zúñiga NL, Gonzales MT, López G, Briones A. Dificultades en el diagnóstico de enteritis lúpica: presentación de un caso *Rev Med Chile* 2019; 147: 1073-1077
10. Barrera M, Barrera R, De La Rivera M, Vela J, Mönckeberg G. Enteritis lúpica como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico. Caso clínico *Rev Med Chile* 2017; 145: 1349-1352
11. Acar T, Efe D, Yıldız M, Gemici K, Güneşli S. Computed tomography angiography (CTA) findings of lupus-associated intestinal vasculitis. *Eur J Rheumatol*. 2015 Mar; 2(1):45-46. doi: [10.5152/eurjrheumatol.2015.0071](https://doi.org/10.5152/eurjrheumatol.2015.0071).
12. Gero D, Gutschow CA, Bueter M. Does Gastric Surgery (Such as Bariatric Surgery) Impact the Risk of Intestinal Inflammation? *Inflamm Intest Dis* 2016;1:129–134 doi: [10.1159/000449267](https://doi.org/10.1159/000449267)
13. Herrera A, Molina JM, Rueda JM, González H. Enteritis lúpica. Reporte de un caso *Rev Arg Reumatol*. 2014;25(1): 32-36

©2022 seco-seedo. Publicado por bmi-journal.
Todos los derechos reservados.

