
Caso Clínico / Clinical Case

INVAGINAÇÃO RETRÓGRADA JEJUNOGÁSTRICA - CASO CLÍNICO

A. BENTO¹, H. BAPTISTA¹, F. OLIVEIRA¹, P. AMARO², F. MARTINHO¹

Resumo

A invaginação retrógrada jejunogástrica é uma situação muito rara com mortalidade elevada, que surge como complicação de uma gastrectomia tipo Billroth II ou de uma gastrojejunostomia.

A sua etiologia é obscura, tem uma clínica típica e impõe um diagnóstico rápido com o objectivo de possibilitar um tratamento cirúrgico urgente.

No caso clínico apresenta-se uma doente com invaginação jejunogástrica. A doente foi tratada cirurgicamente com bom resultado.

Summary

Retrograde jejunogastric intussusception is a rare late complication of Billroth Type II gastrectomy or gastrojejunosomy.

Although the aetiology is not clear, it has a characteristic clinical presentation. The diagnostic work-up must be done quickly, and urgent surgical treatment should follow.

A clinical case is described where retrograde jejunogastric intussusception occurred. The patient was surgically treated and had an uneventful recovery.

GE - J Port Gastroenterol 2007, 14: 72-75

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, de 81 anos de idade, admitida no Serviço de Urgência por hematemese. Apresentava dor epigástrica intensa, tipo cólica, com 24 horas de evolução, associada a hematemese.

Como patologia associada apresentava hipertensão arterial medicamente controlada, doença de Alzheimer e diabetes *mellitus* tipo 2 tratada com antidiabéticos orais. A doente tinha como antecedentes cirúrgicos uma gastrectomia tipo Billroth II por úlcera gástrica efectuada há 20 anos.

O exame objectivo mostrava palidez cutânea, abdómen ligeiramente distendido, doloroso à palpação profunda dos quadrantes superiores, com massa epigástrica palpável. A tensão arterial era de 124/64 mm Hg e a frequência cardíaca de 78 bat./min

Analiticamente tinha uma hemoglobina de 11 g/dl, hematócrito de 34.1% e leucocitose de 15 000³/μL, estando os restantes parâmetros dentro dos valores normais de referência.

Realizou-se endoscopia digestiva alta, que mostrou volumosa invaginação de ansa intestinal, com aspecto congestivo e com lesões petequiais na mucosa. A invaginação era procidente através da gastrojejunostomia, ocupando toda a cavidade gástrica, tendo a mucosa gástrica aspecto normal (Figuras 1, 2).

TRATAMENTO

Realizou-se uma laparotomia exploradora de urgência que confirmou a existência de uma invaginação da ansa intestinal eferente que preenchia toda a cavidade gástrica (Figura 3). Com tracção suave da ansa jejunal, foi possível efectuar a redução da invaginação de 50 cm de



Figura 1 - Imagem endoscópica: ansa intestinal congestiva, invaginada para a cavidade gástrica.

(1) Serviço de Cirurgia, II Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

(2) Serviço de Gastroenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

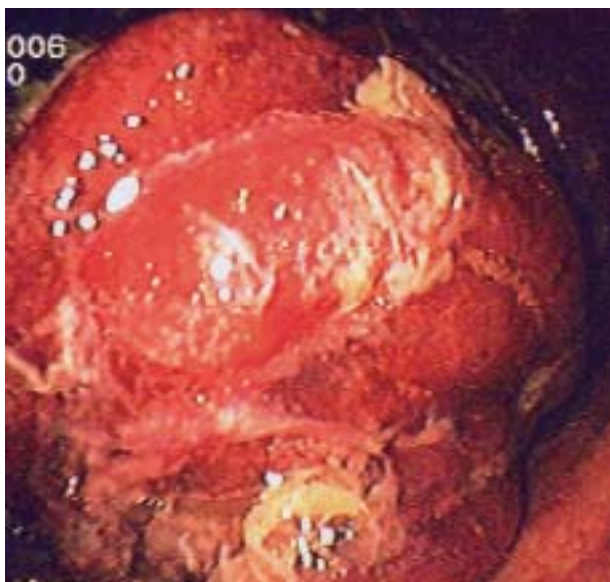


Figura 2 - Imagem endoscópica: aspecto isquêmico do pólo superior da invaginação.

ansa intestinal, edematosa, congestiva e com aspecto viável (Figura 4), pelo que não foi necessário realizar uma ressecção intestinal. A cerca de 30 cm de distância da gastrojejunostomia, efectuou-se uma pexia da ansa eferente, à parede abdominal, com pontos separados de fio absorvível 3/0 (Vicryl®).

O pós-operatório decorreu sem incidentes, tendo a doente tido alta ao 7º dia de internamento.

Após um mês a doente encontra-se assintomática e o trânsito gastro-intestinal não mostrou alterações (Figura 5), tendo evidenciado boa permeabilidade da anastomose, com presença de movimentos peristálticos normais na ansa eferente.

DISCUSSÃO

O primeiro caso de invaginação retrógrada jejunogástrica foi descrito por Bozzi em 1914 (1-6). É uma situação muito rara registando-se menos de 200 casos na literatura anglo-saxófona (1-3) e, apenas, uma publicação na literatura nacional (4).

Admite-se que as invaginações jejuno-gástricas possam ocorrer em 0,1% de todas as gastrectomias (2,5) variando o hiato temporal entre a cirurgia e o seu aparecimento entre 6 dias e 20 anos (1,3).

As invaginações jejuno-gástricas podem classificar-se em três tipos: I - invaginação da ansa aferente; II - invaginação da ansa eferente; III - combinação do tipo I e II (1-3,5,8,9-11).

A invaginação do tipo II que traduz uma invaginação retrógrada jejuno-gástrica, isto é, uma invaginação da

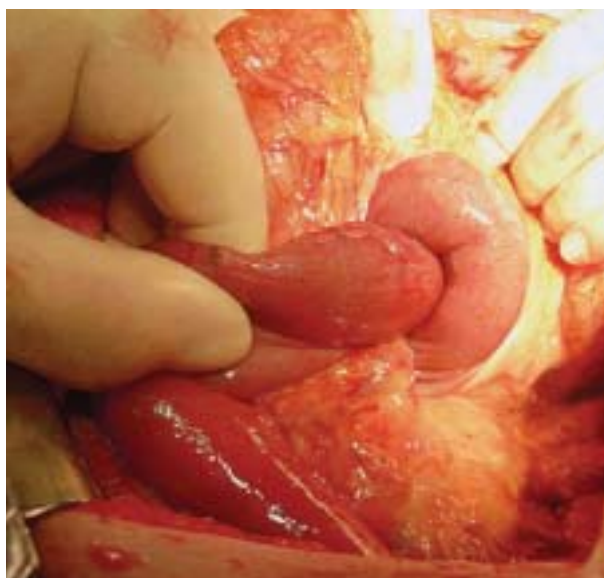


Figura 3 - Invaginação de ansa intestinal eferente.

ansa intestinal eferente através da gastro-jejunostomia é a mais frequente representando 80% dos casos (2,3).

Na literatura encontram-se descritos casos, após gastrectomia com gastrojejunostomia tipo Polya, Hoffmeister ou Y de Roux, após gastro-jejunostomia sem ressecção gástrica e, inclusivamente, em doentes com PEG (gastrostomia endoscópica percutânea) (1,3,5,6-10). A etiologia desta entidade é obscura admitindo-se que possa envolver causas funcionais e mecânicas, nomeadamente, hiperacidez gástrica, atonia do estômago, alterações da motilidade, peristalse retrógrada, pressão intra-abdominal elevada, ansa aferente muito longa, aderências após laparotomia, tubos de gastrostomia e erros técnicos (1,2,5-7).

As manifestações clínicas são variáveis dependendo de ser uma invaginação aguda ou crónica (1-3,6,10,11).



Figura 4 - Redução da invaginação da ansa intestinal, que apresentava aspecto viável



Figura 5 - Imagem de trânsito gastro-duodenal - boa permeabilidade da anastomose, com presença de movimentos peristálticos na ansa eferente.

As situações agudas caracterizam-se por dor epigástrica tipo cólica, massa epigástrica palpável (50%), vômitos biliares seguidos de hematemeses. Alguns autores referem uma tríade diagnóstica - vômitos, dor epigástrica e massa epigástrica - em doentes com cirurgia gástrica prévia (1-3,5,9,11). São situações graves com mortalidade elevada e que impõem um diagnóstico rápido e tratamento urgente (1,2).

As situações crônicas têm clínica mais fruste, intermitente, de alívio rápido, sendo o diagnóstico difícil.

O meio complementar de diagnóstico de eleição é a endoscopia digestiva alta, realizada por um gastroenterologista experiente, que habitualmente, permite identificar a invaginação. Nalguns casos pode justificar-se o recurso à tomografia computadorizada do abdômen (1-3,12).

Em situações agudas, a invaginação de uma ansa intestinal por um pequeno estoma provoca isquemia e rápida necrose da ansa invaginada, pelo que o tratamento cirúrgico deve ser urgente, não existindo consenso quanto à melhor opção técnica, ficando esta ao critério do cirurgião e à melhor adequação ao doente em questão (1,5).

São várias as técnicas propostas, desde a simples redução da ansa invaginada, plicatura jejuno-jejunal da ansa eferente, fixação da ansa jejunal ou do mesentério aos tecidos envolventes, ressecção intestinal e revisão da anastomose gastrojejunal (1-3,5,6,11).

Da literatura não é possível retirar qualquer ilação quanto ao modo de evitar esta complicação. Na realidade não existe evidência que uma anastomose tipo Polya predisponha mais que uma tipo Hoffmeister ou que o isoperistaltismo seja melhor que o anti-peristaltismo (6).

No caso clínico apresentado a opção de tratamento foi a redução da invaginação e plicatura da ansa eferente à parede abdominal. Não tendo sido necessário uma ressecção intestinal já que a ansa invaginada apresenta-

va um aspecto viável. Muito embora este tipo de opção cirúrgica não esteja descrito a doente teve uma evolução favorável.

CONCLUSÃO

A suspeição clínica deve conduzir ao diagnóstico precoce destas situações o que permite uma atitude terapêutica em tempo útil, que evitará a gangrena da ansa invaginada e conseqüentemente a redução da morbimortalidade.

Correspondência:

Ana Bento
Av. João de Deus Ramos nº165 1ªA
3030-328 Coimbra
Tel.: 966343661
e-mail: bento.md@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

1. Archimandritis AJ, Hatzopoulos N, Hatzinikolaou P, et al. Jejunogastric intussusception presented with hematemeses: a case presentation and a review of literature. *BMC Gastroenterol* 2001; 1:1.
2. Kim KH, Jang MK, Kim HS, et al. Intussusception after Gastric Surgery. *Endoscopy* 2005; 37(12): 1237-1243.
3. Vohra P, Arora A, Parikh N, et al. Retrograde jejunogastric intussusception. *Ind J Radiol Imag* 2005 15:4: 493-495.
4. Silveira L, Pimentel J, Duarte A, Janeiro T, Raposo LJ. Invaginação Jejuno-gástrica: caso clínico. *Arq-Port-Cir* 1994; 3(3): 221-224.
5. Hammond N, Miller FH, Dynes M. Intussusception into the enteroanastomosis after Billroth II Gastrectomy and Roux-en-y Jejunostomy. *American Journal of Roentgenology* 2001,177: 624-626.
6. Basu S, Somers SS, Toh SKC. Efferent Loop Plication - a novel procedure for retrograde jejunogastric intussusception. www.edu.rcsed.ac.uk.
7. Goverman J, Greenwald M, et al. Antiperistaltic (Retrograde) Intussusception after Roux-en-Y Gastric Bypass. *The American Surgeon* January 2004; 70: 67-69.
8. Majeski J, Dennis F. Retrograde intussusception after Roux-en-y gastric bypass surgery. *American College of Surgeons*, December 2004;199(6): 988-989.
9. Gasparri MG, Pipinos II, Kurt A, et al. Retrograde jejunogastric intussusception. *South Med J* 2000; 93(5): 499-500.
10. Gupta SS, Singh GG. Retrograde jejunogastric intussusception: an unusual case of hematemeses (a case report). *J. Postgrad Med* 1986;32: 105-6
11. Tauro LF, Roshan M, Aithala PSM, et al. A rare case of hematemeses: retrograde jejunogastric intussusception. *JAPI*, April 2006; 54: 333-335.
12. Van Hee R, Gerçek Y, Peeters R. Enterogastric intussusception: a rare case postoperative complication. *Acta Chir Belg*, 2003;103: 324-328

13. Khalid B, Igbiovvia A, Ali A, et al. Jejuno gastric intussusception: a rare case of life-threatening hematemesis. www.kfshre.edu.sa July 1996.
14. Rajakannu M, Sistia SC, Sadasivan J. Hematemesis: a rare case from gangrenous retrograde jejuno gastric intussusception. The Internet Journal of Surgery. 2005; 6: 2.
15. Martinez-Ordaz JL, Sesman-Bernal A, Rios-Nava MA, et al. Intussusception retrógrada posterior a gastrojejunoanastomosis. Report a case. Rev Gastroenterol Mex 2001;66(4): 201-205.