

## Cartas al Director

### Síndrome de asa aferente. Diagnóstico ecográfico

---

*Palabras clave:* Síndrome de asa aferente. Ecografía ultrasound.

*Kwy words:* Afferent loop syndrome. Ultrasonographic diagnose.

---

*Sr Director:*

El síndrome del asa aferente es una rara complicación de la gastrectomía parcial con reconstrucción tipo Billroth II debida a la obstrucción del intestino proximalmente a la anastomosis gastroyeyunal. Presentamos el caso de un paciente de 69 años en el que la infiltración neoplásica del muñón gástrico provocaba gran dilatación del asa aferente y de las vías biliares intra- y extrahepáticas. El diagnóstico preoperatorio de la obstrucción del asa aferente se hizo tras el estudio ecográfico.

#### Caso clínico

Paciente varón de 69 años, con antecedente de gastrectomía parcial hace 30 años por ulcus gástrico péptico con reconstrucción de tipo Billroth II que ingresa por clínica de ocho días de evolución consistente en dolor abdominal localizado en mesogastrio junto a un leve aumento de las cifras de amilasa y lipasa séricas (amilasa 550 UI/l, lipasa 5976 UI/l). La ecografía abdominal mostró la vesícula biliar distendida junto a una dilatación de las vías biliares intra- y extrahepáticas y una gran formación quística de paredes finas y morfología tubular ocupando desde



Fig. 1.



Fig. 2.

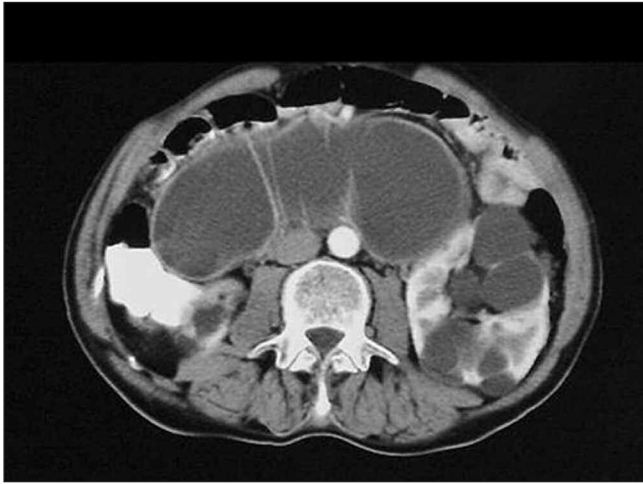


Fig. 3.

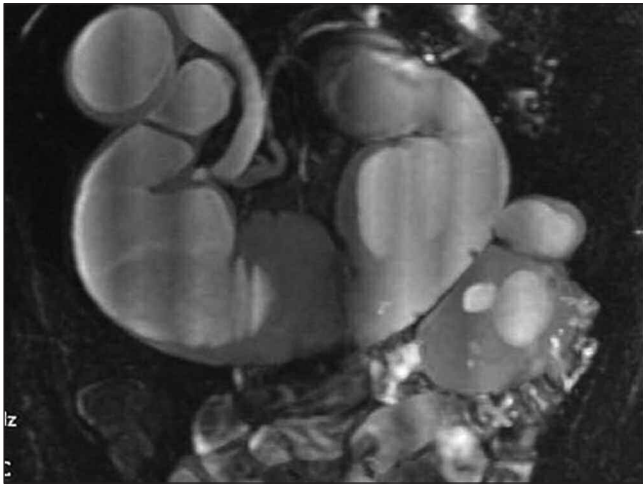


Fig. 4.

hipocondrio izquierdo hasta vacío derecho, lo que sugería que se tratase del asa aferente dilatada (Fig. 1) y replecionada de líquido. La TAC y la RMN (Fig. 2) confirmaron estos hallazgos. La endoscopia digestiva alta permitió visualizar la existencia de pliegues engrosados en el muñón gástrico que obstruían el asa aferente, lo que sugería infiltración neoplásica que fue confirmada tras el estudio histológico de las biopsias endoscópicas. El paciente fue intervenido quirúrgicamente, con gastrectomía total y anastomosis esófago-yeyunal.

## Discusión

El síndrome de asa aferente es debido a la obstrucción parcial de ese asa en los pacientes con gastrectomía y reconstrucción tipo Billroth II. Se trata de una complicación poco frecuente, con una prevalencia que varía entre 0,2 y el 20% de los pacientes sometidos a esta intervención. La mejoría de las técnicas quirúrgicas (asa aferente más corta y cierre del espacio retroanastomótico) han reducido notablemente la incidencia de esta complicación (1).

Las causas de la obstrucción pueden ser benignas o malignas (2,3). Dentro de las benignas encontramos vólvulos, torsiones, adherencias, intususcepciones, hernias o enterolitos. Las obstrucciones malignas pueden estar causadas por la presencia o recurrencia de tumores e incluso por metástasis. Cuando se obstruye el asa aferente, se acumulan las secreciones pancreáticas, hepatobiliares e intestinales en su interior y se produce una distensión del asa. El acúmulo de estas secreciones determina la clínica: distensión abdominal, molestias epigástricas, náuseas, vómitos, dolor abdominal e incluso episodios de pancreatitis en relación con el reflujo duodenopancreático (3).

El diagnóstico de la obstrucción del asa aferente se puede establecer mediante distintos métodos de imagen. Los hallazgos ecográficos consisten en una gran dilatación del asa localizada en el centro del abdomen. La distinción con un pseudoquistes pancreático puede ser dificultosa. Se pueden diferenciar ecográficamente estas dos entidades por la forma y la localización. El asa aferente se observa como una forma tubular del intestino dilatado repleto de líquido y se localiza detrás de la arteria mesentérica superior y delante de la aorta abdominal. En algunas ocasiones la causa de la obstrucción puede predecirse con la ecografía, como al observar un engrosamiento irregular de la pared del muñón gástrico lo que sugerirá la presencia de un cáncer sobre el muñón (4).

A. Z. Gómez-Moreno, A. Repiso, T. Artaza, R. Gómez,  
M. Romero, R. Martín Escobedo y J. M. Carroles

*Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Virgen de la Salud.  
Toledo*

## Bibliografía

1. Kim HC, Han JK, Kim KW, et al. Afferent loop obstruction after gastric cancer surgery: helical CT findings. *Abdom Imagin* 2003; 28: 624-30.
2. Aimoto T, Uchida E, Yoshiharu N, et al. Malignant afferent loop obstruction following pancreaticoduodenectomy: report of two cases. 2006; 73: 226-30.
3. Andre RD, Roberto IL. Biliary stone causing afferent loop syndrome and pancreatitis. *World J Gastroenterol* 2006, 38: 6229-31.
4. Lee DH, Lim JH, Ko YT. Afferent loop syndrome: sonographic findings in seven cases. *AJR* 1991; 157: 41-3.