

Cartas al Director

Ictericia secundaria a vólculo del asa aferente del Billroth-II

Palabras clave: Asa aferente. Estenosis. Gastroenterostomía. Ictericia obstructiva.

Key words: Afferent loop. Stenosis. Gastroenterostomy. Obstructive jaundice.

Sr. Director:

Presentamos una evolución favorable tras reposición intestinal en una paciente con ictericia obstructiva causada por una obstrucción del asa aferente del procedimiento Billroth-II.

Desde que en 1979 se registró el primer caso (1), la ictericia obstructiva secundaria a la obstrucción del asa aferente es una entidad extremadamente rara y tardía del procedimiento reconstructivo Billroth-II.

De los casos registrados en la literatura, en alguna ocasión una pancreatitis aguda ha sido diagnosticada como la causa de la ictericia obstructiva (2).

Nuestra paciente es una mujer de 83 años de edad a la que se le practicó una reconstrucción del tipo Billroth-II hace 50 años, que presentó un debut clínico semejando una colecistopancreatitis aguda, y en la que intraoperatoriamente se demostró una obstrucción del asa aferente como la causa de su ictericia obstructiva.

Caso clínico

Presentamos una mujer de 83 años de edad, hipertensa, displéptica, apendicectomizada, a la que se le practicó antrectomía y reconstrucción Billroth-II hace 50 años como tratamiento de la enfermedad ulcerosa péptica. Acudió al hospital con un cua-

dro de dolor abdominal en hipocondrio derecho y vómitos de 5 días de evolución.

Durante su exploración no presentaba ni ictericia ni fiebre. Las pruebas de laboratorio mostraron cambios en la función hepática (GGT 386 IU/L, AP 337 IU/L, AST 245 U/L, ALT 342 U/L, y bilirrubina total 0,03 g/l). Se detectaron también hiperamilasemia y elevación de la proteína C reactiva; además, la ecografía abdominal mostró signos de colecistitis, colelitiasis, dilatación de la vesícula biliar y de la vía biliar extrahepática. Basándose en todos estos, se sospechó colecistopancreatitis aguda litiásica.

En el estudio por contraste oral se apreció drenaje biliar al asa aferente. Por otra parte, los hallazgos endoscópicos no aportaron nuevos datos.

La tomografía computerizada (CT) reveló marcada dilatación de la vía biliar extrahepática, así como de la vesícula biliar y del asa yeyunal; también se apreció incremento de los signos de colecistitis mostrados en la ecografía inicial, pero no reveló la causa de la ictericia obstructiva.

Por otro lado, se fueron incrementando los niveles de hiperbilirrubinemia (0,097 g/l) así como las pruebas de función hepáticas (AST 600 U/L) tras quince días de hospitalización.

Se indicó laparotomía en base al diagnóstico de colecistitis aguda litiásica e ictericia obstructiva progresiva que involucraba al asa aferente de la reconstrucción Billroth-II. Se encontró una vesícula biliar dilatada y necrótica, y una estenosis del asa aferente volvulada sobre el asa aferente provocando la ictericia obstructiva. Se reseccó el asa aferente estenótica, se drenó el éstasis biliar y se realizó una reconstrucción mediante Y-Roux yeyuno-yeyunal. Así mismo se practicó colecistectomía, y colangiografía intraoperatoria, obtenida a la finalización del procedimiento, mostrando un drenaje satisfactorio a través de la papila de Vater hacia el duodeno y posteriormente transanastomótico y a lo largo del yeyuno.

Al sexto día postoperatorio los niveles de amilasemia y bilirrubina se normalizaron y la paciente presentó normalización de la exploración clínica y de la sintomatología. La ictericia desapareció completamente antes del alta hospitalaria.

El estudio histopatológico del espécimen reveló colecistitis crónica, colelitiasis, y el asa intestinal presentó signos inespecíficos inflamatorios y atrofia de la mucosa.

Discusión

Desde que en 1979 se registró el primer caso (1), la ictericia obstructiva secundaria a la obstrucción del asa aferente es una entidad extremadamente rara y tardía del procedimiento reconstructivo Billroth-II.

Una pancreatitis aguda puede desarrollarse de forma concomitante con una obstrucción del asa aferente, y ambas pueden explicar una ictericia obstructiva (2). Es más, la pancreatitis puede ser causada por una estenosis del asa aferente (3).

Debido al hecho de que la primera es una entidad frecuente y la segunda es extremadamente rara, es importante identificar la causa principal de la ictericia obstructiva para poder predecir una evolución satisfactoria.

La ecografía se utiliza como la primera técnica diagnóstica en estas condiciones (4). En esta paciente mostró colecistitis, colelitiasis, pero no diagnosticó la causa de la ictericia obstructiva. Tampoco demostraron su etiología el examen baritado ni el estudio endoscópico.

La paciente no mostró ni signos de fiebre ni otras manifestaciones de sepsis durante su estancia. Aunque la colecistitis aguda pudo ser de origen litiásico, la hiperpresión en el tracto biliar causada por la estenosis del asa aferente también pudo tener un papel etiológico, aunque esta hipótesis no se basa en estudios controlados y randomizados con gran relevancia científica. La pancreatitis aguda también pudo ser causada tanto por la litiasis biliar como por la hiperpresión. La colecistopancreatitis se sospechó en base a los hallazgos clínicos, de laboratorio y ecográficos. La CT mostró una severidad de la pancreatitis de grado A en la escala de Balthazar (5), y no reveló daño tisular alguno, así que la pancreatitis no pudo ser confirmada por técnicas de imagen.

Ni la colocación de una endoprótesis transhepática percutánea (6) ni la resonancia nuclear magnética se encuentran disponibles en este centro. Debido a la colecistitis aguda progresiva,

el deterioro clínico y la progresiva hiperbilirrubinemia se indicó el abordaje quirúrgico, incluyendo colangiografía intraoperatoria de confirmación a la finalización del procedimiento. Abordajes menos invasivos que refieren otros autores, como son la vía endoscópica (7) o el drenaje percutáneo, no suelen ser alternativas terapéuticas completas, como sucedió en nuestro paciente.

Por todo lo anterior, concluimos que la estenosis del asa aferente debería ser considerada como la causa primaria de una ictericia obstructiva en pacientes con sospecha de colecistopancreatitis aguda sin confirmación por técnicas de imagen, y con antecedentes de gastrectomía y reconstrucción Billroth-II.

S. Pérez-Holanda, S. Tojo, G. Urdiales, P. Fernández,
J. A. Fernández, M. Calleja, F. Fernández, J. Rodríguez,
D. Martínez y D. Valverde

*Servicio de Cirugía General. Hospital Valle del Nalón. Riaño,
Langreo. Asturias*

Bibliografía

- Warrier RK, Steinheber FU. Afferent loop obstruction presenting as obstructive jaundice. *Dig Dis Sci* 1979; 24: 74-6.
- Wimmer I, Kirchgatterer A, Ashi G, Kranewitter W, Stadler B, Strobl M, et al. Obstructive jaundice and acute pancreatitis due to an obstruction of the afferent loop after billroth-II resection. *Z. Gastroenterol* 2002; 40: 77-9. (In German with English Abstract)
- Mithofer K, Warshaw AL. Recurrent acute pancreatitis caused by afferent loop stricture after gastrectomy. *Arch Surg* 1996; 131 (5): 561-5.
- Derchi LE, Bazzocchi M, Brovero PL. Sonographic diagnosis of obstructed afferent loop. *Gastrointest Radiol* 1992; 17 (2): 105-7.
- Balthazar EJ, Robinson DL, Megibow AJ, Ranson JHC. Acute pancreatitis: Value of CT in establishing prognosis. *Radiology* 1990; 174: 331-6.
- Yoshida H, Mamada Y, Taniai N, Kawano Y, Mizuguchi Y, Shimizu T, et al. Percutaneous transhepatic insertion of metal stents with a double-pigtail catheter in afferent loop obstruction following distal gastrectomy. *Hepatogastroenterology* 2005; 52 (63): 680-2.
- Kawakami M, Mukaiya M, Kimura Y, Hata F, Katsuramaki T, Sasaki K, et al. Obstructive jaundice due to internal herniation: A case report and review of the literature. *Hepatogastroenterol* 2002; 49 (46): 1030-2.