



Cirugía y Cirujanos

ISSN: 0009-7411

[cirugiaycirujanos@prodigy.net.mx](mailto:cirurgiaycirujanos@prodigy.net.mx)

Academia Mexicana de Cirugía, A.C.

México

Barajas-Fregoso, Elpidio Manuel; Romero-Hernández, Teodoro; Macías-Amezcu, Michel Dassaejv

Pancreatitis aguda y síndrome de asa aferente. Reporte de caso

Cirugía y Cirujanos, vol. 81, núm. 5, septiembre-octubre, 2013, pp. 441-444

Academia Mexicana de Cirugía, A.C.

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66228814012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Pancreatitis aguda y síndrome de asa aferente. Reporte de caso

Elpidio Manuel Barajas-Fregoso,¹ Teodoro Romero-Hernández,² Michel Dassaejv Macías-Amezcu³

Resumen

Antecedentes: el síndrome de asa aferente se caracteriza por la obstrucción mecánica del asa aferente luego de la reconstrucción tipo Billroth II o en Y de Roux, en la mayoría de los casos secundaria a gastrectomía distal o subtotal.

Caso clínico: paciente masculino de 76 años de edad, con antecedentes de: colecistectomía, adenocarcinoma gástrico seis años previos, gastrectomía subtotal y reconstrucción en Y de Roux. Inició con dolor abdominal, náusea y vómito; abdomen distendido, sin datos de irritación peritoneal. Amilasa 1246 U/L, lipasa 3381 U/L. La tomografía computada abdominal mostró dilatación y engrosamiento de la pared del asa aferente y el páncreas con incremento de tamaño. Se le diagnosticó pancreatitis aguda, originada por síndrome de asa aferente.

Conclusiones: el síndrome de asa aferente aparece en 0.3 a 1% de los casos de pacientes con reconstrucción Billroth II, a consecuencia de la obstrucción mecánica del asa aferente, con mortalidad incluso de 57%. La obstrucción del intestino aferente por acumulación de secreción biliar, pancreática e intestinal incrementa la presión, que resulta en dilatación del asa aferente de la vía biliar y del conducto de Wirsung, lo que desencadena una respuesta inflamatoria que finaliza en un cuadro de pancreatitis. Su manifestación severa se relaciona con el grado y duración de la obstrucción.

Palabras claves: pancreatitis aguda, síndrome de asa aferente, gastrectomía.

Abstract

Background: The afferent syndrome loop, it's a mechanic obstruction of the afferent limb before a Billroth II or Roux-Y reconstruction, secondary in most of case at distal or subtotal gastrectomy.

Clinic case: Male 76 years old, with antecedent of cholecystectomy, gastric adenocarcinoma six years ago, with subtotal gastrectomy and Roux-Y reconstruction. Beginning a several abdominal pain, nausea and vomiting, abdominal distension, without peritoneal irritation sings. Amylase 1246 U/L, lipase 3381 U/L. Computed Tomography whit thickness wall and dilatation of afferent loop, pancreas whit diffuse enlargement, makes diagnostic of acute pancreatitis secondary an afferent loop syndrome.

Conclusion: The afferent loop syndrome is presented in 0.3%-1% in all cases with Billroth II reconstruction, with a mortality of up to 57%, the obstruction lead accumulation of bile, pancreatic and intestinal secretions, increasing the pressure and resulting in afferent limb, bile conduct and Wirsung conduct dilatation, triggering an inflammatory response that culminates in pancreatic inflammation. The severity of the presentation is related to the degree and duration of the blockage.

Key words: Acute pancreatitis, afferent loop syndrome, gastrectomy.

¹ Cirugía General. Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda". Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, Distrito Federal.

² Servicio de Gastrocirugía. Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda". Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, Distrito Federal.

³ Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Unidad Médica de Alta Especialidad. Centro Médico Nacional de Occidente. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, Jalisco, México.

Correspondencia:

Dr. Elpidio Manuel Barajas Fregoso
Cirugía General. Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda
Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social
Avenida Cuauhtémoc 222 Int K
06720 México DF
Tel.: (341) 414-2139 / Fax: (341)414-2139
embarajas_84@hotmail.com /embarajas84@gmail.com

Recibido: 6 de junio 2012

Aceptado: 26 de septiembre 2012

Introducción

La pancreatitis aguda es la coexistencia de al menos dos de los siguientes criterios: 1. Dolor abdominal de inicio súbito, en el epigastrio, intenso, continuo y transfiesto; 2. Amilasa o lipasa sérica por lo menos tres veces igual o mayor al límite superior de la normalidad; y 3. Hallazgos característicos de pancreatitis aguda en la tomografía computada que evidencian inflamación o necrosis.¹ Es un padecimiento relativamente común con una incidencia anual de 10 a 20 casos por millón de habitantes. En más de 80% de los pacientes la enfermedad se asocia con alcoholismo y con litos biliares; el resto de las causas se engloba en idiopáticas, secundaria a hiperlipidemia, traumatismo, hiperparatiroidismo, postinfecciosas e inducida por fármacos.²

La patogénesis de la pancreatitis aguda se relaciona con la inadecuada activación del tripsinógeno a tripsina y falta en la eliminación rápida de la tripsina activa dentro del páncreas. La activación de las enzimas digestivas causa una lesión del páncreas, que se traduce en inflamación desproporcionada en relación con la respuesta de otros órganos a una lesión similar. La respuesta inflamatoria aguda, en sí misma, causa daño tisular considerable, y puede evolucionar más allá del páncreas a un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, insuficiencia multiorgánica, o la muerte.³

El síndrome de asa aferente es una complicación poco frecuente caracterizada por la obstrucción mecánica del asa desfuncionalizada o aferente, la cual puede manifestarse secundaria a: al realizar una reconstrucción tipo Billroth II o en Y de Roux, posterior a gastrectomías distales o subtotales, que se realizan por patología péptica gastroduodenal o por neoplasias gástricas malignas.^{4,5}

Los síntomas de la obstrucción parcial o completa del asa aferente no son específicos, y el diagnóstico generalmente se hace por un asa dilatada en la parte superior del abdomen que se observa en la tomografía computada, en la que el contraste oral es incapaz de entrar en el asa obstruida.⁶

Con el advenimiento de nuevas terapias farmacológicas para el tratamiento médico de la patología péptica se favoreció la disminución de la frecuencia del tratamiento quirúrgico que puede generar esta complicación.⁷

El objetivo general de este trabajo es dar a conocer las manifestaciones clínicas del síndrome de asa aferente, y su correlación como causa de pancreatitis.

Caso clínico

Paciente masculino de 76 años de edad, con antecedente de colecistectomía abierta por litiasis vesicular y adenocarcinoma gástrico seis años previos que ameritó tratamiento quirúrgico con gastrectomía subtotal y reconstrucción en Y de Roux. Sin antecedentes de enfermedades autoinmunes o consumo de medicamentos.

El cuadro clínico se inició 24 horas previas a su ingreso con dolor abdominal de inicio súbito, en el epigastrio, intenso, transitorio, continuo, acompañado de náusea y vómito, posterior a trasgresión dietética. A su ingreso se le encontró hemodinámicamente estable, sin fiebre y cardiopulmonar sin datos patológicos. El abdomen estaba distendido, blando, sin resistencia muscular con dolor a la palpación en el epigastrio, sin irritación peritoneal. Amilasa 1246 U/L, lipasa 3381 U/L, glucosa 137 mg/dL.

En la radiografía de abdomen se evidencia la dilatación de las asas del intestino delgado (Figura 1). La tomografía computada abdominal y pélvica con: dilatación y engrosamiento de la pared del asa aferente y en la anastomosis

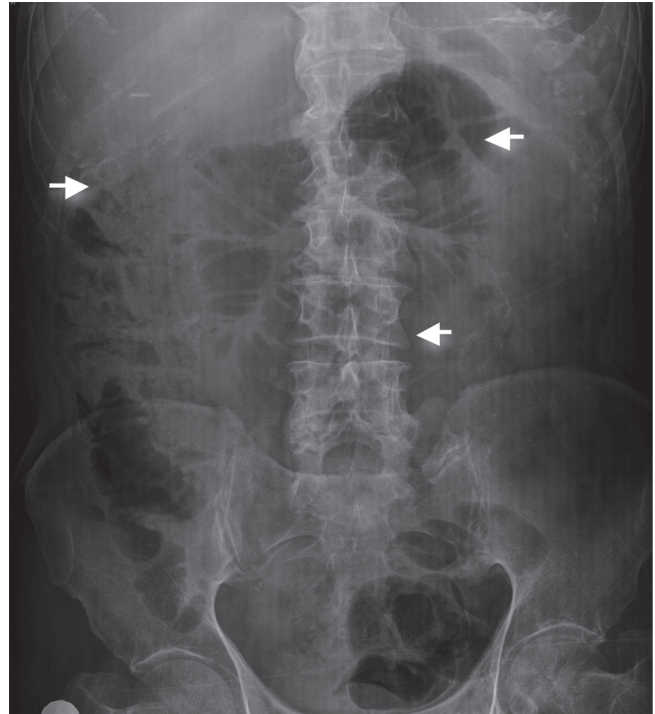


Figura 1. Radiografía de abdomen: dilatación de las asas del intestino delgado.

yeyuno-yeyuno con pared de 8 a 10 mm, páncreas con crecimiento difuso con cambios en el tejido peripaneático, vía biliar sin alteraciones (Figuras 2, 3, y 4).

Se diagnosticó pancreatitis aguda leve, originada por síndrome de asa aferente, se inició el tratamiento médico con medidas de soporte, ayuno, control hidroelectrolítico y analgesia; se dio de alta del hospital a los siete días de su ingreso, con remisión completa de los síntomas, sin complicaciones agudas y sin ameritar tratamiento quirúrgico.

Discusión

El síndrome de asa aferente es una complicación posterior a procedimientos Billroth II, que sucede en 0.3 a 1% de los casos, casi siempre causada por obstrucción mecánica del asa aferente secundaria a adherencias, hernia interna, estenosis o procesos inflamatorios en la anastomosis, neoplasias, enterolitosis y bezoares.^{8,9} En el postoperatorio temprano el edema de la anastomosis, la hemorragia en el origen del asa aferente, o ambas pueden evitar el vaciamiento gástrico, lo que favorece la acumulación de fluidos en el asa aferente.^{1,10,11} La mortalidad reportada alcanza 57% y se asocia estrechamente con retraso en el diagnóstico, que ocasiona isquemia intestinal, perforación y peritonitis. La estasis prolongada de las secreciones favorece el sobrecre-

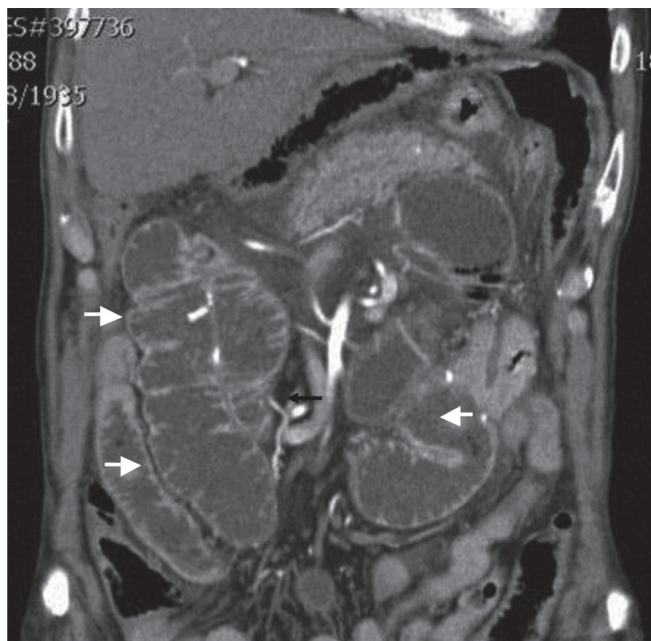


Figura 2. Tomografía computada del abdomen en la que se observa dilatación y engrosamiento de la pared del asa aferente.

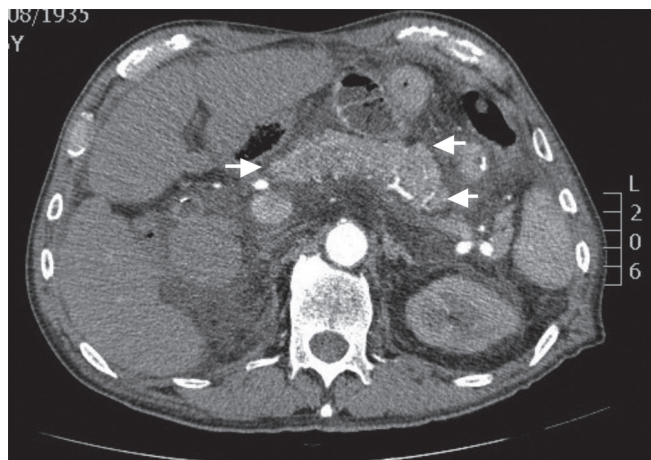


Figura 3. Tomografía computada del abdomen con crecimiento difuso del tejido pancreático.

cimiento bacteriano que produce desconjugación de ácidos biliares que, a su vez, ocasiona esteatorrea, malnutrición y déficit de vitamina B12, con posterior anemia megaloblástica.¹²

Existen dos formas de presentación: aguda y crónica. Las manifestaciones clínicas son variables, y los síntomas pueden ser inespecíficos, con dolor abdominal, náusea, vómito, malestar postprandial y rara vez ictericia obstructiva. Es necesario establecer el diagnóstico diferencial con múltiples patologías, entre las más frecuentes: la enfermedad ácido

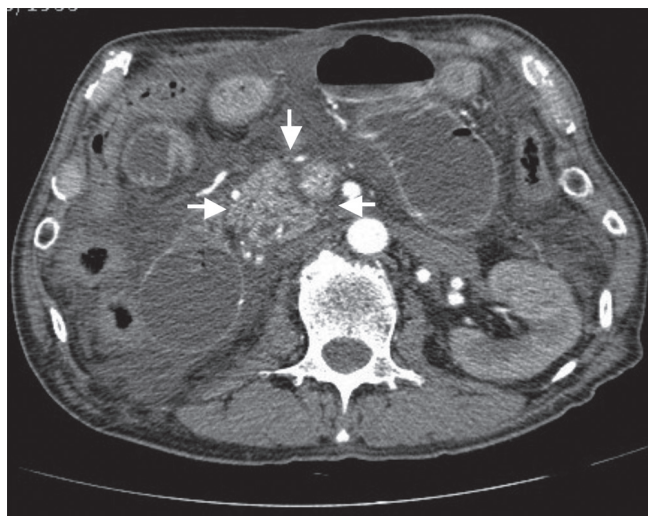


Figura 4. Tomografía computada del abdomen en la que se evidencia: crecimiento difuso de la cabeza del páncreas y dilatación duodenal.

péptica, oclusión intestinal, cólico biliar, coledocolitiasis, obstrucción biliar, colecistitis aguda, isquemia mesentérica y vólvulos gástricos.^{11,13}

En una cohorte de 186 pacientes a los cuales se les realizó pancreatoduodenectomía por cáncer pancreático, 13% tuvo síndrome de asa aferente. El tiempo medio de diagnóstico fue de catorce meses, estudio en el que la ictericia fue reportada como la manifestación clínica más frecuente, seguida por la colangitis en el 50% de los casos, incluyendo además otros síntomas como: dolor abdominal, náusea o vómito. La obstrucción maligna del asa aferente por recurrencia se observó en 33% de los pacientes.¹⁰

La obstrucción del intestino aferente con acumulación de secreción biliar, pancreática e intestinal incrementa la presión a este nivel, que resulta en dilatación del asa aferente, con dilatación de la vía biliar y del conducto de Wirsung. Todo esto desencadena una respuesta inflamatoria que finaliza en un cuadro de pancreatitis aguda aunque la frecuencia de ésta no está establecida en las grandes series.^{5,11,14,15}

Conclusiones

El síndrome de asa aferente es un padecimiento que por no ser específico en los síntomas y por su variabilidad de presentación requiere la sospecha clínica inicial para su diagnóstico.

La enfermedad tiene alto índice de mortalidad y baja prevalencia, lo que se traduce en un padecimiento poco conocido y, por lo tanto, complejo.

La elevación conjunta de las concentraciones séricas de amilasa y lipasa, a la par de los cambios pancreáticos infla-

matorios corroborados por imagen, confirman el diagnóstico de pancreatitis aguda a consecuencia de este síndrome postgastrectomía.

La severidad de las manifestaciones clínicas se relaciona directamente con el grado y duración de la obstrucción.

Referencias

1. Muniraj T, Gajendran M, Thiruvengadam S, Raghuram K, Rao S, Devaraj P. Acute Pancreatitis. *Dis Mon* 2012;58:98-144.
2. Beekingham JJ, Bornman PC. ABC of diseases of liver, pancreas, and biliary system. Acute pancreatitis. *BMJ* 2001;322:595-598.
3. Whitcomb DC. Clinical practice. Acute pancreatitis. *N Engl J Med* 2006;354:2142-2150.
4. Zamarin JM, Rodó AR, Fredes AR, Stambuk JM. Pancreatitis aguda secundaria a síndrome de asa aferente. *Rev Chil Cir* 2010;62:65-67.
5. Kiyohara T, Shinomura Y, Isozaki K, Nakahara M, Tsutsui S, Nishibayashi H, et al. A decreased number of c-kit-expressing cells in patient with afferent loop syndrome. *J Gastroenterol* 2003;38:390-394.
6. Herbella F, Lee TC, Matone J, Del Grande J, Liu KL, Tsai MC, et al. Gastrointestinal: afferent loop syndrome. *J Gastroenterol Hepatol* 2006;21:1346.
7. Young R, Roach HD, Finch-Jones M. More than pancreatitis? *Br J Radiol* 2006;79:858-859.
8. Roncon Dias A, Iglesias Lopez R. Biliary stone causing afferent loop syndrome and pancreatitis. *World J Gastroenterol* 2006;12:6229-6231.
9. Bolton JS, Conway WC 2nd. Postgastrectomy syndromes. *Surg Clin North Am* 2011;91:1105-1122.
10. Pannala R, Brandabur JJ, Gan SI, Gluck M, Irani S, Patterson DJ, et al. Afferent limb syndrome and delayed GI problems after pancreaticoduodenectomy for pancreatic cancer: single-center, 14-year experience. *Gastrointest Endosc* 2011;74:295-302.
11. Wise SW. Case 24: Afferent Loop Syndrome. *Radiology* 2000;216:142-145.
12. Mukherjee S. Afferent loop syndrome. New York (NY): Medscape, LLC; (consultado 2012 May 15). Disponible en <http://emedicine.medscape.com/article/188275-overview#showall>
13. Gómez-Moreno AZ, Repiso A, Artaza T, Gómez R, Romero M, Martín Escobedo R, et al. Síndrome de asa aferente. Diagnóstico ecográfico. *Rev Esp Enferm Dig* 2009;101:300-302.
14. Park JW, Lee JH, Kim SJ, Park HW, Kim HS, Shin WG, et al. A Case of Acute Pancreatitis due to Afferent Loop Syndrome with Internal Hernia. *Korean J Gastroenterol* 2011;57:194-197.
15. Vettoretto N, Pettinato G, Romessis M, Bravo AF, Barozzi G, Giovanetti M. Laparoscopy in Afferent Loop Obstruction Presenting as Acute Pancreatitis. *JSLs* 2006;10:270-274.