Intususcepción yeyunal secundaria a migración de catéter provisional de gastrostomía

Jejunal intussusception secondary to migration of a provisional gastrostomy catheter

La intususcepción de intestino delgado secundaria a gastrostomía es una complicación rara. La colocación de sonda en una gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) es un procedimiento muy seguro y con una tasa de mortalidad notablemente baja: de 0 a 2%[1]. La incidencia de intususcepción en adultos es generalmente menor al 5%, pero es bastante más común en pacientes pediátricos[2]. Las causas principales son secundarias a enfermedades orgánicas, como tumores gastrointestinales malignos o benignos, divertículos de Meckel, lipomas, pólipos y gastrostomías con colocación de extensión yeyunal, en particular en la población pediátrica[2-4]. La mayoría de los casos se resuelven quirúrgicamente, pero en escenarios específicos se puede realizar una endoscopia cuando no existe evidencia de isquemia intestinal[4-9]. Presentamos aquí el reporte de un caso de intususcepción yeyunoyeyunal causada por la migración de una sonda temporal de gastrostomía.

Se trata de un paciente masculino de 60 años con historia de diabetes mellitus tipo 2 y hospitalización previa debida a absceso profundo en cuello, complicado con mediastinitis. Durante su hospitalización requirió la colocación de una sonda de alimentación GEP por un trastorno de deglución secundario a ventilación prolongada. Siete semanas después de la colocación de la sonda, el paciente acudió a urgencias, debido al desprendimiento accidental de la misma. Se introdujo un catéter Foley provisional en lugar de la sonda GEP para mantener la fístula de gastrostomía permeable y egresó de forma ambulatoria. El paciente perdió seguimiento después del procedimiento mencionado. Regresó a urgencias 2 meses más tarde, con un cuadro de abdomen agudo, náuseas, vómitos e intolerancia a la nutrición enteral.

En la exploración física, el catéter Foley provisional estaba migrado distalmente, y la movilización, rotación e intentos de retiro de la sonda, exacerbaban el dolor abdominal. En la tomografía computarizada (TC) se observó el catéter Foley migrado en yeyuno proximal, con datos tempranos de isquemia intestinal (figs. 1 y 2). Se realizó cirugía de urgencia encontrando una intususcepción a 50 centímetros del ángulo de Treitz, secundaria a la migración del catéter Foley.

Los datos macroscópicos de isquemia intestinal observados durante la laparotomía, se resolvieron inmediatamente después del retiro del catéter y liberación manual de la intususcepción intestinal. Por este motivo, se optó por no resecar el segmento de intestino involucrado (fig. 3). Posteriormente, se le realizó al paciente una endoscopia, durante la cual se observaron 2 úlceras en la segunda porción del duodeno, posiblemente relacionadas con la migración del catéter. Se colocó una sonda GEP 24Fr mediante técnica de arrastre (PULL) (fig. 4). Se inició terapia estándar con inhibidor de la bomba de protones para cicatrización de las úlceras. En su visita de seguimiento más reciente, 7 meses

Figura 1 Tomografía computarizada axial en la que se confirma migración del catéter Foley.

Figura 2 Tomografía computarizada coronal donde se observa el catéter Foley en el yeyuno proximal.

tras la recolocación GEP, el paciente presentó falla en la prueba de deglución de líquidos, por lo que requirió una combinación de dieta oral y alimentación por sonda GEP. El paciente, al momento de la redacción del presente reporte, continuaba con ejercicios de rehabilitación de la deglución y fisioterapia.

La intususcepción yeyunal secundaria a la migración pospilorica del catéter de gastrostomía es una complicación rara relacionada con el uso de sondas de gastrostomía que carecen de un punto de fijación externo en pacientes con peristalsis normal, lo cual favorece la migración distal del catéter[4-9]. Se ha formulado la hipótesis de que el intento de retirar la sonda mientras el globo está inflado podría ser un factor contribuyente al desarrollo de la intususcepción[7]. Los clásicos signos de «diana», «dona» y «forma de salchicha» observados en TC son útiles para diag-

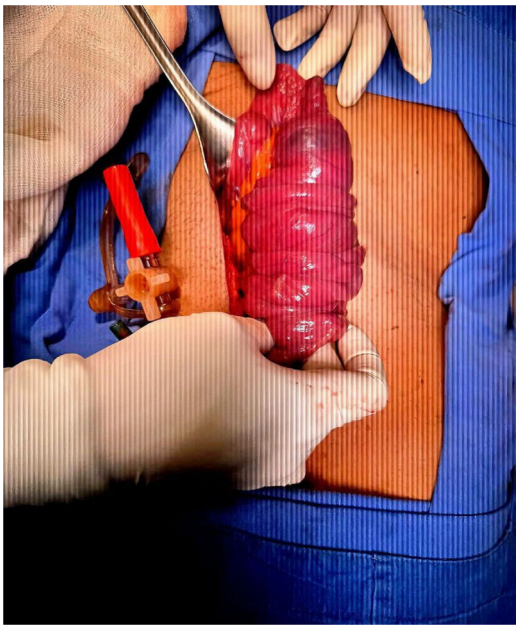

Figura 3 La pared yeyunal a 50 centímetros distales del ángulo de Treitz, con signos incipientes de isquemia.

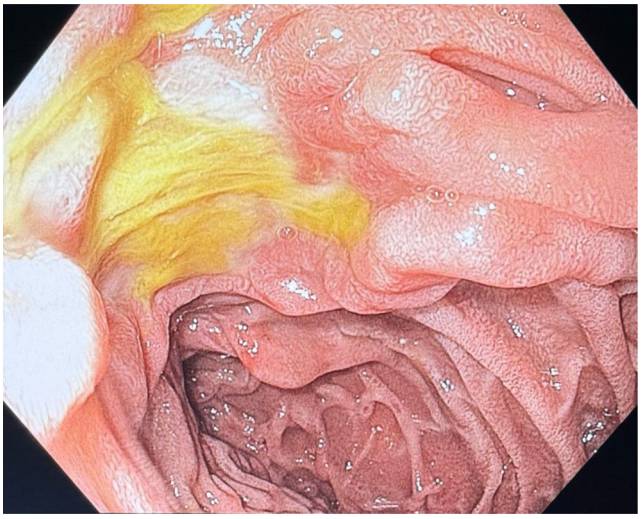

Figura 4 Imagen endoscópica de una úlcera Forrest III en la segunda porción del duodeno.

nosticar esta complicación[3,4]. De igual manera, los signos de migración distal de sonda de gastrostomía, incluida la incapacidad de retirar la sonda, pueden estar asociados con dolor abdominal y síntomas de obstrucción al tracto de salida gástrica. La ictericia obstructiva transitoria puede presentarse cuando el catéter migra a la segunda parte del duodeno[8].

Hasta donde sabemos, solo existen 8 casos publicados de intususcepción yeyunal secundaria a catéteres Foley utilizados como gastrostomías y temporales en adultos. La mayoría de los casos fueron intususcepciones yeyunoduodenales y yeyunoduodenogástricas, casi todos tratados quirúrgicamente, como sucedió con nuestro paciente, con excepción de 2 casos, que fueron resueltos solo con desinflar el globo de sonda[5-9]. El presente reporte es un caso de intususcepción yeyunoyeyunal secundaria a gastrostomía provisional. Se debe considerar la intususcepción en pacientes con este tipo de sonda que presentan vómitos, náuseas o dolor abdominal, especialmente cuando hay cambios en el lugar de fijación de la sonda de alimentación[5-9]. El diagnóstico y manejo temprano de la intususcepción puede evitar la isquemia y la perforación.

Las sondas temporales de gastrostomía, como los catéteres Foley, han sido utilizadas para alimentación enteral en países en vías de desarrollo. Sin embargo, dado que este tipo de sondas no están diseñadas específicamente para este propósito, esta práctica puede condicionar mayor riesgo de complicaciones, como la migración. Por lo tanto, es crucial llevar un monitoreo cuidadoso cuando se utilizan estas sondas, que deben ser remplazadas cuanto antes por sondas de gastrostomía con fijación externa para incrementar la seguridad y funcionamiento adecuado[10].

Financiación

La presente investigación no ha recibido apoyo específico de ninguna agencia del sector público, privado ni de organizaciones sin fines de lucro.

Consideraciones éticas

Debido a la naturaleza del presente estudio como reporte de caso clínico, no se sometió a revisión del Comité de Ética de la institución.

Los autores declaran que han seguido los protocolos de confidencialidad de la institución para reportar el presente caso clínico. También han asegurado el anonimato del paciente omitiendo los datos de identificación, incluidas imágenes y cualquier información demográfica que pudiera revelar su identidad.

No se requirió el consentimiento informado del paciente, ya que no se incluyó en el artículo ningún tipo de información personal del paciente que permitiera identificarlo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Tae CH, Lee JY, Joo MK, et al. Clinical practice guideline for percutaneous endoscopic gastrostomy. Gut Liver. 2024;18:10–26, http://dx.doi.org/10.5009/gnl230146.
2. Chand TJ, Ganesh RR. Adult intussusception: A systematic review of current literature. Langenbecks Arch Surg. 2024;409:235, http://dx.doi.org/10.1007/s00423-024-03429-2.
3. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, et al. Intussusception of the bowel in adults: A review. World J Gastroenterol. 2009;15:407–11, http://dx.doi.org/10.3748/wjg.15.407.
4. Winters MW, Kramer S, Mazairac AH, et al. Bowel intussusception caused by a percutaneously placed endoscopic gastrojejunostomy catheter: A case report. World J Gastrointest Surg. 2022;14:621–5, http://dx.doi.org/10.4240/wjgs.v14.i6.621.
5. McAllister BP, Chintanaboina J, Levenick JM. Migrated replacement percutaneous endoscopic gastrostomy tube

leading to jejunoduodenal intussusception. Clin Gastroenterol Hepatol. 2018;16:A29–30, http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2017.07.028.
6. Jamil Y, Idris M, Kashif N, et al. Jejunoduodenogastric intussusception secondary to percutaneous gastrostomy tube in an adult patient. Jpn J Radiol. 2012;30:277–80, http://dx.doi.org/10.1007/s11604-011-0036-5.
7. Ibegbu E, Relan M, Vega KJ. Retrograde jejunoduodenogastric intussusception due to a replacement percutaneous gastrostomy tube presenting as upper gastrointestinal bleeding. World J Gastroenterol. 2007;13:5282–4, http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v13.i39.5282.
8. Pelosof L, Ringold DA, Kuo E, et al. Retrograde jejunogastric intussusception caused by a migrated gastrostomy tube. Endoscopy. 2007;39:E262–3, http://dx.doi.org/10.1055/s-2007-966579.
9. Ragunath K, Roberts A, Senapati S, et al. Retrograde jejunoduodenal intussusception caused by a migrated percutaneous endoscopic gastrostomy tube. Dig Dis Sci. 2004;49:1815–7, http://dx.doi.org/10.1007/s10620-004-9576-1.
10. Govednik C, Cover J, Regner JL. Preventing retrograde jejunoduodenogastric intussusception as a complication of a long-term indwelling gastrostomy tube. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2015;28:34–7, http://dx.doi.org/10.1080/08998280.2015.11929179.

P.M. Juárez-Villa, A.G. Valladares-Pasquel, A. Tepox-Padrón, A. Osorio-Miranda y L.G. Pedroza-Terán*

Endoscopia Gastrointestinal, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, Ciudad de México, México

* Autor para correspondencia. Calzada de Tlalpan 4502, Belisario Domínguez Sección 16, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México. Teléfono: 55 5487 1700 Extensión: 5251.
Correo electrónico: drapedroza.lourdes@gmail.com (L.G. Pedroza-Terán).

https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2025.09.004
0375-0906/ © 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Hallazgos endoscópicos de criptococosis rectal en un paciente con VIH: reporte de caso

Endoscopic findings of rectal cryptococcosis in an HIV patient: A case report

La criptococosis, una micosis de relevancia global, afecta predominantemente a individuos con la inmunidad comprometida, especialmente en el contexto del VIH/sida[1]. Si bien las manifestaciones clínicas más comunes involucran el sistema nervioso central y los pulmones, la diseminación a otros sitios, como el tracto gastrointestinal, es poco frecuente y a menudo subestimada. La afectación gastrointestinal es rara, con casos anecdóticos documentados en el hígado, el páncreas y el tubo digestivo, algunos confirmados solo mediante autopsia[2]. Este caso clínico es único y agrega valor a la literatura al describir úlceras rectales por *Cryptococcus neoformans* como causa de sangrado digestivo bajo, una manifestación atípica y de gran relevancia diagnóstica.

Presentamos el caso de un hombre de 42 años con antecedente de VIH/sida avanzado que acude a urgencias por proctalgia, tenesmo y rectorragia intermitente de 5 meses de evolución; los síntomas se agravaron 2 semanas antes con diarrea con moco y sangre. La exploración cardiopulmonar fue normal. Sin embargo, en la exploración rectal, se encontró una úlcera dolorosa en la región anal. No presentaba síntomas neurológicos en el momento de la consulta. Los estudios de laboratorio iniciales revelaron anemia, linfopenia e hipoalbuminemia. Su recuento de CD4+ fue de 22 células/mm^3, y la carga viral para VIH de 293,382 copias/ml, lo que confirmó el estado avanzado de la infección. El paciente también presentó pruebas positivas para otras infecciones oportunistas, incluyendo *C neoformans* en líquido cefalorraquídeo, *Pneumocystis jirovecii*, tuberculosis pulmonar y sífilis latente.

La colonoscopia mostró una mucosa rectal friable con erosiones y una úlcera en el canal anal, lo que evidencia una proctitis infecciosa (fig. 1). Inicialmente, se consideró la proctitis de origen infeccioso, incluyendo infecciones bacterianas (como *Treponema pallidum, Haemophilus ducreyi,*

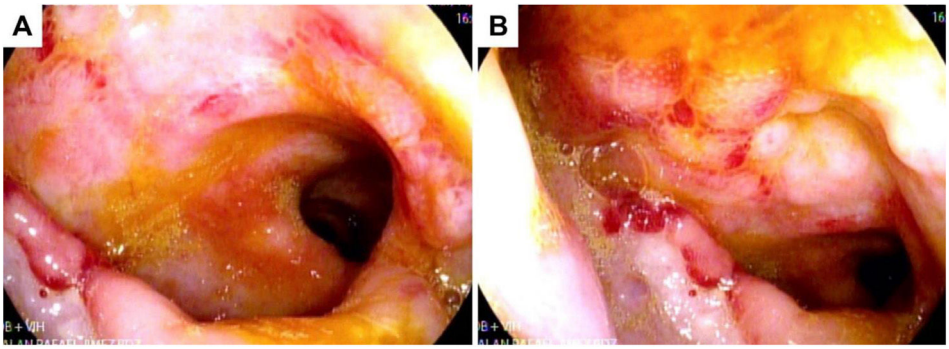

Figura 1 A y B. Muestra la mucosa rectal de aspecto edematoso con pérdida del patrón vascular, erosiones superficiales y úlceras.