

## Intususcepción Retrógrada Yeyunogástrica

Reporte de un Caso y Revisión de la Literatura.

DR. FERNANDO FERRARO D.\*

DR. OSCAR FERRARO D.\*

DR. JAVIER ZELEDÓN R.\*

DR. ANÍBAL AMADOR M.\*

DR. LEONIDAS POVEDA\*

Esta es una complicación rara en cirugía gástrica, de la cual hay reportados en la literatura médica mundial, unos 150 casos.

El primer caso fue reportado por Bozzi (1) en 1914. En 1917, von Steber (2) reporta un caso diagnosticado en la autopsia de una mujer embarazada a quien se le había practicado una gastroyeyunostomía por padecimiento benigno. Ese mismo año, White y Jankelson (3) encuentran otro caso que fue reportado posteriormente y hacen la primera revisión bibliográfica. Lundberg (4) reporta el primer caso secundario a una gastrectomía parcial y gastroenteroanastomosis anterior con yeyunoyeyunoanastomosis, en quien se sospechó en el preoperatorio un carcinoma antral. La primera referencia en la literatura americana aparece en 1922 (5). Von Brunn (6) en 1924 hace la primera descripción radiológica de esta complicación. En 1928, Blond (7) produce experimentalmente en perros una intususcepción yeyunogástrica retrógrada después de una gastrectomía parcial y gastroenteroanastomosis. Chesterman (8) en 1933 hace el primer diagnóstico preoperatorio. En 1940, Shackman colecta y clasifica 40 casos reportados y presenta su experiencia con un caso (9). Aleman (10) en 1948 colecta 70 casos y reporta el suyo. Palmer en 1954 hace una amplia revisión bibliográfica de la complicación (11) y en 1955 aparece otra revisión de la literatura hecha por Caudell y Lee (12). En ese mismo año, Davey (13) reporta el primer caso secundario a una gastrectomía total, reconstruido el tránsito con una "Y" de Roux. El segundo caso similar es reportado en 1966 por Freeman (14). Virtama (15) describe en 1961 la primera visualización gastroscópica de una intususcepción del asa eferente. Otros sumarios de la literatura son los de Salem en 1959 (16) y Mason en 1960 (17). Hasta 1966 había 146 casos reportados en la literatura mundial (18). La última revisión amplia fue hecha por Coklin en 1965 (19).

La revisión de la literatura, se presenta como Bibliografía no Consultada.

---

\* Servicio de Cirugía General del Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia.

## REPORTE DE UN CASO

D.G.G. Expediente N° 1-12-00902 Hospital Calderón Guardia.

59 años, masculino. Gastrectomía subtotal hace 5 años por úlcera gástrica. Alcoholismo y tabaquismo positivos, desde hace muchos años.

Desde hace un año, después de la ingestión de bebidas alcohólicas refiere pirosis, acedías y vómitos ocasionales. Presenta además, cuadros diarreicos que no sabe caracterizar.

Inicia su cuadro el día 1º de noviembre de 1971, en que posterior a tres días de ingestión alcohólica presenta trastornos de la conducta por lo que es internado en un Centro de Salud. Ahí presenta una hematemesis abundante, siendo necesario transfundirle sangre. Es traslado a este Hospital con diagnóstico de Gastritis Etílica y Hematemesis. En el momento de su ingreso 9-Nov-71, presenta abundantes vómitos en "pozos de café". La exploración física revela un paciente deshidratado, pálido, de edad aparentemente mayor a la cronológica. T.A. 120/90, pulso 108 x', temp. 36º C., resp. 20 x'. Los datos exploratorios importantes se refieren al abdomen, el que es blando, depresible, con cicatriz quirúrgica antigua, supraumbilical media. En hipocondro izquierdo y cercana a la línea media, se palpa tumoración, de consistencia semidura, aparentemente lobulada, desplazable y muy dolorosa. El resto de la exploración abdominal es negativa. El examen físico general es normal o negativo, excepto los signos de deshidratación general. Los diagnósticos de presunción son: Gastritis Hemorrágica post-etílica; observación por neoplasia del muñón gástrico; alcoholismo agudo y crónico y Polineuritis Aguda. Su evolución fue progresiva aumentando los vómitos, la hematemesis, la deshidratación, la tumoración permanecía igual pero más dolorosa, apareciendo poco antes de la intervención quirúrgica signos de shock. Las radiografías con medio de contraste demostraron claramente el tipo de complicación presente, aunque no fue identificada en el preoperatorio. La imagen radiológica fue interpretada como obstrucción del asa eferente. Se observó dilatación de esta asa y del muñón gástrico. En éste, en la curvatura menor y cerca de la boca anastomótica se observa un defecto de llenado que se interpretó como una neoplasia del muñón, siendo realmente una compresión ejercida por las asas invaginadas que presentaban sufrimiento arterial. (Fotos N° 1 y 2). Retrospectivamente, fue clara y definitivamente demostrable la complicación. Dentro de la cavidad gástrica se observan niveles hidroaéreos y la imagen en resorte, espiral o cilíndrica del intestino delgado con torsiones en sus asas.

El paciente se intervino entonces el día 12-Nov-71, con diagnóstico de obstrucción del asa eferente por probable brida y carcinoma del muñón gástrico.

Se encontró una gastrectomía subtotal, económica, con una anastomosis antecólica, en asa larga, oral total, isoperistáltica. A 5 cms de la boca y en el asa eferente se observa una intususcepción retrógrada cuyas asas invaginadas ocupaban la cavidad gástrica. Comprobada la gangrena de estas asas se procedió extirpar en bloque los componentes de la boca anastomótica, o sea, las asas aferente y eferente, ésta con las asas invaginadas y 3 cms del borde gástrico, reconstituyendo el tránsito con una anastomosis antecólica, en asa larga, isoperistáltica, oral total, y yeyunoyeyunoanastomosis terminoterminal. La anastomosis gastroyeyunal no se hizo retrocólica debido al proceso adherencial existente en el mesocolon transversal.

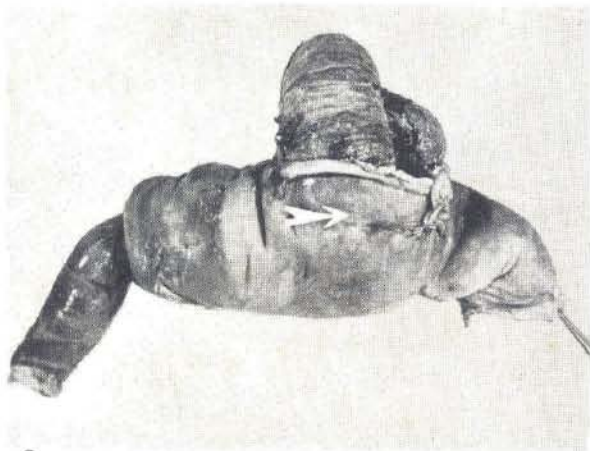
Las fotos N° 3, 4, 5, 6, 7 y 8 muestran la pieza resecada.



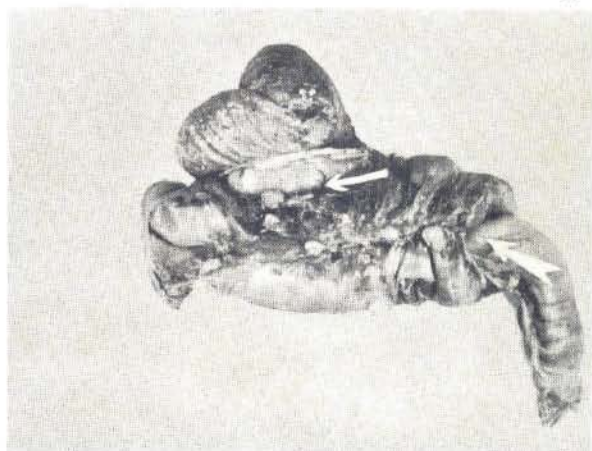
1



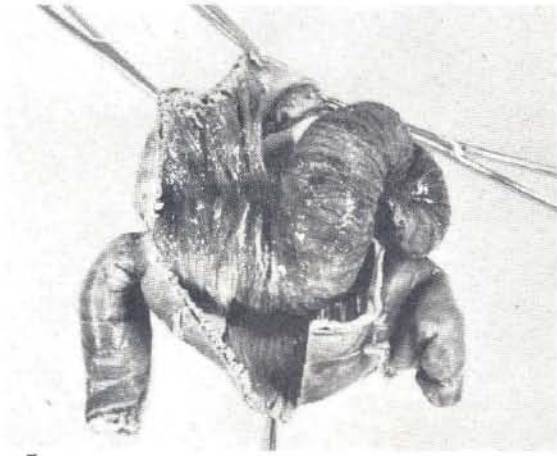
2



3



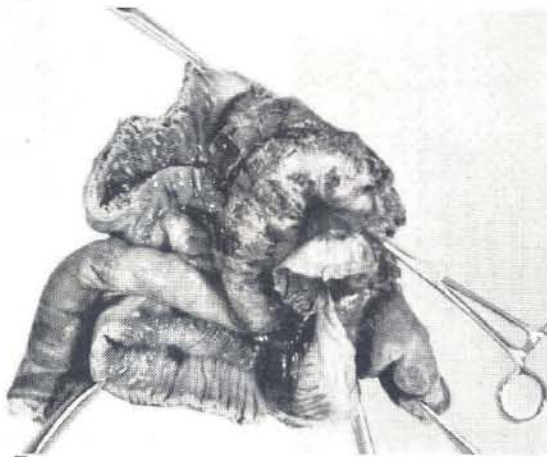
4



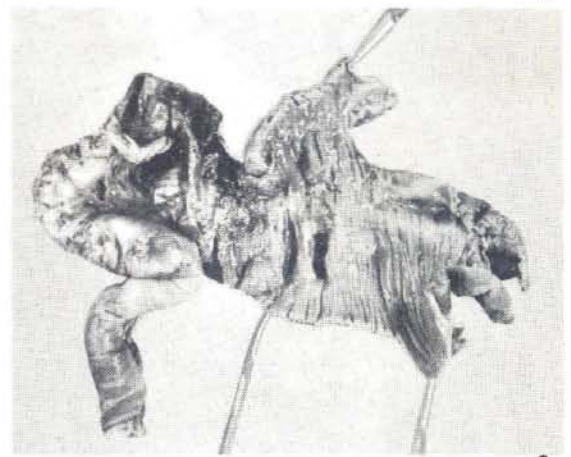
5



6



7



8

El post-operatorio fue satisfactorio y el paciente fue dado de alta el 10º día del post-operatorio. Hasta la fecha el paciente se encuentra en perfectas condiciones.

## COMENTARIOS

La etiología es desconocida. En ninguno de los casos reportados en la literatura ha sido posible exponer una causa patológica definitiva de la intususcepción. Las causas conocidas de esta complicación en otras áreas, tales como tumores, úlceras, etc., no se encuentran en estos casos (20). El tipo y tamaño de las diferentes anastomosis tiene poca relación con la incidencia de la complicación (21), aunque algunos piensan que la anastomosis antecólica, por ser en asa larga, sea más susceptible de padecerla (22). Sin embargo, como dice Conklin (19), es difícil que existiendo tanta variación en el tiempo de presentación de la complicación, de 6 días a 20 años, el factor técnico tenga alguna importancia.

Se han postulado varias teorías etiológicas, tales como el antiperistalsis producida por vómitos, hiperacidez o espasmos, adherencias con torsión del intestino, dilatación intestinal posterior a gastrectomías y espasmos locales causados por irritantes (10, 21, 23, 24). No se ha comprobado que estímulos eléctricos o químicos produzcan espasmos e intususcepción en animales de experimentación (10, 24). Estas teorías han sido exhaustivamente estudiadas por Henschen (25) y Reischauer (26). Blond (7) reprodujo esta condición en perros, notando contractura espástica del estómago.

Una de las teorías más aceptadas es aquella causada por una motilidad desordenada con hiperperistaltismo funcional y desencadenada por hiperacidez o espasmo. Esta teoría está sustentada por las observaciones hechas en perros donde la intususcepción aparece después de instilar nitrato de plata en el estómago. De hecho, la mayoría de los casos se presentan en pacientes que han sido operados por úlcera doudenal, más que por úlcera gástrica. Schackman (9) no está de acuerdo con esta teoría y señala la baja incidencia de úlcera marginal, la que se debería presentar si realmente existiera hiperacidez.

Otra teoría aceptada es la mecánica, aunque tiene poco soporte, ya que son muy pocos los casos que se encuentran asociados a un aumento brusco de la presión intraabdominal, por ejemplo, por vómitos, adherencias, úlcera marginal o neoplasias intestinales. Rawlinson (21) reporta un caso de un paciente con dificultad para movilizar su intestino. El uso de la sonda de Miller-Abbott fue incriminado en un caso (27). Lavadia reporta el único caso cuya resección gástrica se hizo por carcinoma, del cual no existía recidiva al momento de la complicación (28). La poca frecuencia de la intususcepción en cirugía por neoplasia, puede deberse a la corta sobrevivida de estos pacientes.

Respecto al cuadro clínico, Hamilton Bailey (29) dice: "Cuando se enfrente a un paciente con gastroyeyunostomía o gastrectomía parcial y presente síntomas de obstrucción intestinal alta y especialmente si la aspiración gástrica es sanguinolenta, piense en una intususcepción yeyunogástrica".

La edad más frecuente es la media, la misma donde la úlcera péptica es más frecuente. Predomina el sexo masculino.

En 1940 Schackman (9) clasifica este tipo de intususcepción en tres grupos:

- 1.—Intususcepción del aferente en el estómago, 16%
- 2.—Intususcepción del asa eferente en el estómago, 74%
- 3.—Intususcepción de ambas asas en el estómago, 10%

Describe el grupo 1º y 2º como complicaciones tardías y el grupo 3º como complicación del post-operatorio temprano. Encuentra la complicación desde 6 días después de la intervención hasta 36 años después.

Aleman (10) las clasifica en "Invaginatio Descendens" que corresponde al primer grupo de Shackman, "Invaginatio Ascendens" al segundo e "Invaginatio Combinata" al tercer grupo. Reporta la misma frecuencia y el mismo tiempo de aparición.

Clínicamente existen el tipo agudo y el crónico o intermitente.

La forma crónica suele ser de difícil diagnóstico y usualmente no es reconocida hasta que se presenta la incarceration de las asas. Caudell y Lee (12) aseguran que muchos de los síntomas del llamado "síndrome post-gastrectomía" pueden deberse a esta entidad.

El paciente se queja de malestar epigástrico recurrente y vómitos severos ocasionales. El cuadro es el de una oclusión alta, parcial o intermitente. Este cuadro tan vago puede aparecer después de las comidas y desaparecer unas horas después. El sangrado es menos frecuente que en la forma aguda. Durante la recurrencia, el paciente suele estar nervioso y aprehensivo, a veces con taquicardia. Puede haber pérdida de peso si los ataques son muy frecuentes. El bario administrado durante la fluoroscopia puede reducir la intususcepción y oscurecer el diagnóstico.

La forma aguda se caracteriza por un cuadro catastrófico de obstrucción intestinal alta, con dolor tipo cólico severo y vómitos. Al inicio no hay ataque al estado general. El problema es bien localizado al estómago, con distensión, dolor y la mayoría de las veces, tumor palpable. Posteriormente puede aparecer la hematemesis, cuya intensidad es variable. El shock puede aparecer y progresar rápidamente. Si no hay resolución quirúrgica, la muerte sobreviene por obstrucción, hemorragia o gangrena.

La triada diagnóstica consiste en: 1º Obstrucción intestinal alta, 2º masa palpable en hipocondrio izquierdo o epigastrio y 3º hematemesis. Paroxismos de náuseas y vómitos de alimentos, bilis o sangre ocurren inicialmente. El vómito como sedimento de café, pasa rápidamente a ser de sangre "viva". Puede haber severo dolor abdominal. Debido a que la lesión es intraluminal, la defensa muscular se limita al área de la masa y no existe irritación peritoneal.

La radiología es útil únicamente durante la fase aguda, o en ocasiones y bajo control fluoroscópico, para tratar de reducir la intususcepción.

Ordinariamente el estudio radiológico con medio de contraste está contraindicado o es peligroso cuando se sospecha una obstrucción intestinal. Sin embargo, cuando se sospecha esta complicación, debe indicarse, utilizando poca cantidad de bario, y bien diluido. Debe indicarse cuando la radiografía simple de abdomen no demuestra gas libre en abdomen o niveles hidroaéreos y puede realizarse aún en presencia de hematemesis.

La imagen radiológica que se observa es un defecto de llenado estriado o en espiral dentro del estómago y es patognomónica de la intususcepción yeyunogástrica. Son líneas paralelas, espirales o circulares debido a la colección del bario en las válvulas conniventes. Pueden verse también, la clásica imagen de "pluma de ave" dentro del estómago. La imagen varía dependiendo de el tipo de intususcepción y de las asas involucradas.

Cuando la imagen radiológica no es francamente demostrativa, los hallazgos que sugieren la complicación, son:

- 1.—El asa aferente o eferente impregnada de bario insinuándose en el estómago,
- 2.—Retención gástrica, dilatación y vaciamiento retardado.
- 3.—Desplazamiento del píloro, si es que existe, hacia la derecha, y
- 4.—Dilatación del asa duodenal con imagen de estenosis.

La gastroenteroanastomosis no se visualiza ni hay evacuación a través de ella.

La gastroscopía puede ser particularmente útil para el diagnóstico y valoración de los cambios secundarios a la intususcepción.

Obviamente el manejo de estos pacientes no puede ser estandarizado. La mortalidad en el tipo agudo, con tratamiento no quirúrgico es cercana al 100%, cuando se practica 48 horas después de la aparición de los síntomas es del 50% y del 10% cuando se resuelve en las primeras horas (22).

Según Devor y Passaro (22) son cuatro los procedimientos que pueden emplearse para corregir esta complicación:

#### 1.—Manejo No Quirúrgico.

Cuando no existe shock, hematemesis u obstrucción prolongada, puede intentarse el tratamiento médico, intentando reducir la intususcepción con una sonda nasogástrica y succión, a través de ella se introduce bario bien diluido y en poca cantidad y bajo control fluoroscópico se manipula el estómago. Todo este procedimiento debe hacerse con el paciente sedado.

El peligro de esta maniobra es no percibir una incarceration. En estas condiciones, la mortalidad aumenta notablemente.

La intususcepción del post-operatorio inmediato no requiere tratamiento quirúrgico. Los desórdenes de la motilidad intestinal de esta etapa, regresan a normalidad rápidamente. No hay reportes de incarceration asociada con intususcepción en el post-operatorio inmediato.

#### 2.—Reducción Quirúrgica.

Es satisfactoria en pacientes que no hayan tenido problemas previos; insatisfactoria cuando se ha presentado esta complicación en forma crónica o intermitente.

#### 3.—Revisión de la Anastomosis.

Justificada cuando se presentan síntomas de recurrencia, ulceración, esofagitis, etc.

Persigue convertir un Polya en un Hofmaeister y trasladar una anastomosis antecólica a la posición retrocólica, fijando el asa eferente al mesocolon adyacente, o convertir una anastomosis tipo Billrooth II a una Millrooth I.

Braun sugiere una yeyunoyeyunoanastomosis con Billrooth II, para proveer de un buen drenaje al asa aferente. Himmelman (30) condena el procedimiento de Braun, ya que en 29 casos revisados por él, había 9 pacientes con un Braun.

#### 4.—Fijación Local.

La operación de emergencia está orientada a la reducción de la intususcepción, resección del intestino no viable, estabilización del asa suturándola al mesocolon transversal.

La fijación y aplicatura del mesenterio yeyunal ha sido reportada por Tuschka (31) y Jaaskeläinen (32) y la aplicatura de las asas aferente y eferente con algunos buenos resultados (33). Salem y col. (16) no justifican este procedimiento, ya que sólo dos casos han sido reportados. Ellos recomiendan la resección yeyunal y anastomosis.

### R E S U M E N

Se reporta el primer caso en la literatura costarricense de Intususcepción retrógrada yeyunogástrica. Se hace una revisión clínica del padecimiento y una revisión bibliográfica.

### S U M M A R Y

The first case of retrograde yeyuno-gastric intussusception in the Costa Rica literature is reported. The clinical picture and the literature are reviewed.

### B I B L I O G R A F I A

- 1.—BOZZI E.  
Su di una Complicanza Consecutiva a Gastroenterostomia allo v. Hacker.  
BOLL. ACAD. MED. GENOVA 3-4:122, 1914.
- 2.—VON STEBER.  
Ueber einer Seltenen Zall von invaginationileus.  
MUNCHEN MED. WSCHR 20:648, 1917.
- 3.—WHITE F. W. AND JANKELSON I. R.  
Late Intussusception of Bowel into Stomach after Gastro-enterostomy.  
NEW ENGL. J. MED. 199:1189, 1928.
- 4.—LUNDBERG S.  
Retrograde Dündarminvagination nach Gastroenterostomie.  
ACTA CHIR. SCAND. 54:423, 1921-1922.



El post-operatorio fue satisfactorio y el paciente fue dado de alta el 10<sup>o</sup> día del post-operatorio. Hasta la fecha el paciente se encuentra en perfectas condiciones.

## COMENTARIOS

La etiología es desconocida. En ninguno de los casos reportados en la literatura ha sido posible exponer una causa patológica definitiva de la intususcepción. Las causas conocidas de esta complicación en otras áreas, tales como tumores, úlceras, etc., no se encuentran en estos casos (20). El tipo y tamaño de las diferentes anastomosis tiene poca relación con la incidencia de la complicación (21), aunque algunos piensan que la anastomosis antecólica, por ser en asa larga, sea más susceptible de padecerla (22). Sin embargo, como dice Conklin (19), es difícil que existiendo tanta variación en el tiempo de presentación de la complicación, de 6 días a 20 años, el factor técnico tenga alguna importancia.

Se han postulado varias teorías etiológicas, tales como el antiperistalsis producida por vómitos, hiperacidez o espasmos, adherencias con torsión del intestino, dilatación intestinal posterior a gastrectomías y espasmos locales causados por irritantes (10, 21, 23, 24). No se ha comprobado que estímulos eléctricos o químicos produzcan espasmos e intususcepción en animales de experimentación (10, 24). Estas teorías han sido exhaustivamente estudiadas por Henschen (25) y Reischauer (26). Blond (7) reprodujo esta condición en perros, notando contractura espástica del estómago.

Una de las teorías más aceptadas es aquella causada por una motilidad desordenada con hiperperistaltismo funcional y desencadenada por hiperacidez o espasmo. Esta teoría está sustentada por las observaciones hechas en perros donde la intususcepción aparece después de instilar nitrato de plata en el estómago. De hecho, la mayoría de los casos se presentan en pacientes que han sido operados por úlcera doudenal, más que por úlcera gástrica. Schackman (9) no está de acuerdo con esta teoría y señala la baja incidencia de úlcera marginal, la que se debería presentar si realmente existiera hiperacidez.

Otra teoría aceptada es la mecánica, aunque tiene poco soporte, ya que son muy pocos los casos que se encuentran asociados a un aumento brusco de la presión intraabdominal, por ejemplo, por vómitos, adherencias, úlcera marginal o neoplasias intestinales. Rawlinson (21) reporta un caso de un paciente con dificultad para movilizar su intestino. El uso de la sonda de Miller-Abbott fue incriminado en un caso (27). Lavadia reporta el único caso cuya resección gástrica se hizo por carcinoma, del cual no existía recidiva al momento de la complicación (28). La poca frecuencia de la intususcepción en cirugía por neoplasia, puede deberse a la corta sobrevivencia de estos pacientes.

Respecto al cuadro clínico, Hamilton Bailey (29) dice: "Cuando se enfrente a un paciente con gastroyeyunostomía o gastrectomía parcial y presente síntomas de obstrucción intestinal alta y especialmente si la aspiración gástrica es sanguinolenta, piense en una intususcepción yeyunogástrica".

La edad más frecuente es la media, la misma donde la úlcera péptica es más frecuente. Predomina el sexo masculino.

En 1940 Schackman (9) clasifica este tipo de intususcepción en tres grupos:

- 1.—Intususcepción del aferente en el estómago, 16%
- 2.—Intususcepción del asa eferente en el estómago, 74%
- 3.—Intususcepción de ambas asas en el estómago, 10%

Describe el grupo 1º y 2º como complicaciones tardías y el grupo 3º como complicación del post-operatorio temprano. Encuentra la complicación desde 6 días después de la intervención hasta 36 años después.

Aleman (10) las clasifica en "Invaginatio Descendens" que corresponde al primer grupo de Shackman, "Invaginatio Ascendens" al segundo e "Invaginatio Combinata" al tercer grupo. Reporta la misma frecuencia y el mismo tiempo de aparición.

Clínicamente existen el tipo agudo y el crónico o intermitente.

La forma crónica suele ser de difícil diagnóstico y usualmente no es reconocida hasta que se presenta la incarceration de las asas. Caudell y Lee (12) aseguran que muchos de los síntomas del llamado "síndrome post-gastrectomía" pueden deberse a esta entidad.

El paciente se queja de malestar epigástrico recurrente y vómitos severos ocasionales. El cuadro es el de una oclusión alta, parcial o intermitente. Este cuadro tan vago puede aparecer después de las comidas y desaparecer unas horas después. El sangrado es menos frecuente que en la forma aguda. Durante la recurrencia, el paciente suele estar nervioso y aprehensivo, a veces con taquicardia. Puede haber pérdida de peso si los ataques son muy frecuentes. El bario administrado durante la fluoroscopia puede reducir la intususcepción y oscurecer el diagnóstico.

La forma aguda se caracteriza por un cuadro catastrófico de obstrucción intestinal alta, con dolor tipo cólico severo y vómitos. Al inicio no hay ataque al estado general. El problema es bien localizado al estómago, con distensión, dolor y la mayoría de las veces, tumor palpable. Posteriormente puede aparecer la hematemesis, cuya intensidad es variable. El shock puede aparecer y progresar rápidamente. Si no hay resolución quirúrgica, la muerte sobreviene por obstrucción, hemorragia o gangrena.

La triada diagnóstica consiste en: 1º Obstrucción intestinal alta, 2º masa palpable en hipocondrio izquierdo o epigastrio y 3º hematemesis. Paroxismos de náuseas y vómitos de alimentos, bilis o sangre ocurren inicialmente. El vómito como sedimento de café, pasa rápidamente a ser de sangre "viva". Puede haber severo dolor abdominal. Debido a que la lesión es intraluminal, la defensa muscular se limita al área de la masa y no existe irritación peritoneal.

La radiología es útil únicamente durante la fase aguda, o en ocasiones y bajo control fluoroscópico, para tratar de reducir la intususcepción.

Ordinariamente el estudio radiológico con medio de contraste está contraindicado o es peligroso cuando se sospecha una obstrucción intestinal. Sin embargo, cuando se sospecha esta complicación, debe indicarse, utilizando poca cantidad de bario, y bien diluido. Debe indicarse cuando la radiografía simple de abdomen no demuestra gas libre en abdomen o niveles hidroaéreos y puede realizarse aún en presencia de hematemesis.

La imagen radiológica que se observa es un defecto de llenado estriado o en espiral dentro del estómago y es patognomónica de la intususcepción yeyunogástrica. Son líneas paralelas, espirales o circulares debido a la colección del bario en las válvulas conniventes. Pueden verse también, la clásica imagen de "pluma de ave" dentro del estómago. La imagen varía dependiendo de el tipo de intususcepción y de las asas involucradas.

Cuando la imagen radiológica no es francamente demostrativa, los hallazgos que sugieren la complicación, son:

- 1.—El asa aferente o eferente impregnada de bario insinuándose en el estómago,
- 2.—Retención gástrica, dilatación y vaciamiento retardado,
- 3.—Desplazamiento del píloro, si es que existe, hacia la derecha, y
- 4.—Dilatación del asa duodenal con imagen de estenosis.

La gastroenteroanastomosis no se visualiza ni hay evacuación a través de ella.

La gastroscopía puede ser particularmente útil para el diagnóstico y valoración de los cambios secundarios a la intususcepción.

Obviamente el manejo de estos pacientes no puede ser estandarizado. La mortalidad en el tipo agudo, con tratamiento no quirúrgico es cercana al 100%, cuando se practica 48 horas después de la aparición de los síntomas es del 50% y del 10% cuando se resuelve en las primeras horas (22).

Según Devor y Passaro (22) son cuatro los procedimientos que pueden emplearse para corregir esta complicación:

#### 1.—Manejo No Quirúrgico.

Cuando no existe shock, hematemesis u obstrucción prolongada, puede intentarse el tratamiento médico, intentando reducir la intususcepción con una sonda nasogástrica y succión, a través de ella se introduce bario bien diluido y en poca cantidad y bajo control fluoroscópico se manipula el estómago. Todo este procedimiento debe hacerse con el paciente sedado.

El peligro de esta maniobra es no percibir una incarceration. En estas condiciones, la mortalidad aumenta notablemente.

La intususcepción del post-operatorio inmediato no requiere tratamiento quirúrgico. Los desórdenes de la motilidad intestinal de esta etapa, regresan a normalidad rápidamente. No hay reportes de incarceration asociada con intususcepción en el post-operatorio inmediato.

#### 2.—Reducción Quirúrgica.

Es satisfactoria en pacientes que no hayan tenido problemas previos; insatisfactoria cuando se ha presentado esta complicación en forma crónica o intermitente.

#### 3.—Revisión de la Anastomosis.

Justificada cuando se presentan síntomas de recurrencia, ulceración, esofagitis, etc.

Persigue convertir un Polya en un Hofmaeister y trasladar una anastomosis antecólica a la posición retrocólica, fijando el asa eferente al mesocolon adyacente, o convertir una anastomosis tipo Billroth II a una Millroth I.

Braun sugiere una yeyunoyeyunoanastomosis con Billroth II, para proveer de un buen drenaje al asa aferente. Himmelman (30) condena el procedimiento de Braun, ya que en 29 casos revisados por él, había 9 pacientes con un Braun.

#### 4.—Fijación Local.

La operación de emergencia está orientada a la reducción de la intususcepción, resección del intestino no viable, estabilización del asa suturándola al mesocolon transversal.

La fijación y aplicatura del mesenterio yeyunal ha sido reportada por Tuschka (31) y Jaaskeläinen (32) y la aplicatura de las asas aferente y eferente con algunos buenos resultados (33). Salem y col. (16) no justifican este procedimiento, ya que sólo dos casos han sido reportados. Ellos recomiendan la resección yeyunal y anastomosis.

### R E S U M E N

Se reporta el primer caso en la literatura costarricense de Intususcepción retrógrada yeyunogástrica. Se hace una revisión clínica del padecimiento y una revisión bibliográfica.

### S U M M A R Y

The first case of retrograde yeyuno-gastric intussusception in the Costa Rica literature is reported. The clinical picture and the literature are reviewed.

### B I B L I O G R A F I A

- 1.—BOZZI E.  
Su di una Complicanza Consecutiva a Gastroenterostomia allo v. Hacker.  
BOLL. ACAD. MED. GENOVA 3-4:122, 1914.
- 2.—VON STEBER.  
Ueber einer Seltenen Zall von invaginationileus.  
MUNCHEN MED. WSCHR 20:648, 1917.
- 3.—WHITE F. W. AND JANKELSON I. R.  
Late Intussusception of Bowel into Stomach after Gastro-enterostomy.  
NEW ENGL. J. MED. 199:1189, 1928.
- 4.—LUNDBERG S.  
Retrograde Dündarminvagination nach Gastroenterostomie.  
ACTA CHIR. SCAND. 54:423, 1921-1922.

- 5.—LEWISOHN R.  
Intussusception of Stoma Following Gastro-enterostomy.  
ANN SURG 76:543, 1922.
- 6.—VON BRUNN M.  
Ueber den Invaginationsileus nach Gastroenterostomie.  
BRUNS BEITR KLIN CHIR 132: 106, 1924.
- 7.—BLOND K.  
Experimenteller Beitrag zur anfstiegenden invagination in den operierten Magen.  
ARCH KLIN CHIR 153:53, 1928.
- 8.—CHESTERMAN J. T.  
Retrograde Jejunogastric Intussusception.  
BRIT J. SURG 21:541, 1934.
- 9.—SHACKMAN R.  
Jejunogastric Intussusception.  
BRIT J. SURG 27:475-80 (jan) 1940.
- 10.—ALEMAN S.  
Jejuno-gastric Intussusception.  
ACTA RADIOL STOCKH 29:383, 1948.
- 11.—PALMER E. D.  
Retrograde Intussusception at the Gastrojejunal Stoma: Two cases and a Bibliography.  
AMER J. DIGEST DIS 21:309-13, Nov. 1954.
- 12.—CAUDELL W. S. AND LEE C. M.  
Acute and Chronic Jejunogastric Intussusception  
NEW ENGL J. MED. 253:635, 1955.
- 13.—DAVEY W. W.  
Retrograde Intussusception Following Roux-Loop Anastomosis in Total Gastrectomy.  
BRIT J. SURG 42:102, 1955.
- 14.—FREEMAN F. J.  
Retrograde Intussusception After Total Gastrectomy: Report of a case.  
ARCH SURG 93:586-88 (oct) 1966.
- 15.—VIRTAMA P. AND JANKALA E.  
Intermittent Jejunogastric Intussusception After Subtotal Gastrectomy.  
BRIT J. RADIOL. 34:750, 1961.
- 16.—SALEM M. J.; COFFMAN S. E. AND POSTLETHWAIT R. W.  
Retrograde Intussusception at the Gastrojejunal Stoma.  
ANN SURG 150:864-71 (nov) 1959.
- 17.—MASON L. B.; WILLIAMS R. W. AND MARSHBURN E. T.  
Retrograde Jejunogastric Intussusception Following Gastrectomy.  
ARCH SURG (Chicago) 81:485, 1960.
- 18.—MULERO H. L.; CARVALHO H. P. AND KNECHTGES T. C.  
Jejunogastric Intussusception: An infrequently Recognized Cause of Post-gastrectomy Complications.  
AMER J. DIGEST DIS 12(6):639-45, 1967.
- 19.—CONKLIN E. T. AND MARKOWITZ A. M.  
Intussusception, a Complication of Gastric Surgery.  
SURGERY 57:480-8, Jan-Jun 1965.

- 20.—MADDING G. F.; McLAUGHLIN B. F. AND DE REMIER R.  
Jejunogastric Intussusception.  
AMER J. SURG 92:636, 1956.
- 21.—RAWLINSON J. K. M.  
Retrograde Jejunogastric Intussusception Following Partial Gastrectomy.  
BRIT. J. SURG 49:227, 1962.
- 22.—DEVOR D. AND PASSARO E. JR.  
Jejunogastric Intussusception.  
ANN SURG 163:93-6 Jan 1966.
- 23.—DRUMMOND H.  
Retrograde Intussusception of the Small Intestine, After Gastrojejunostomy.  
BRIT J. SURG. 11:79, 1929.
- 24.—OSELLADORE G.  
La Tecnica e il Valore Diagnostico Della Mastografia Attenuta Con Mezzi di  
Contrasto Iniettati nei Canali Galactofori.  
  
ARCH ITAL CHIR 53:357, 1938.
- 25.—HENSCHEN C.  
Ueber die Invagination in Bereiche des Magens insonderheit die Gastroduodenalen  
Mageninvaginationen.  
ARCH KLIN CHIR 148:730, 1927.
- 26.—REISCHAUER F.  
Zur Frage der Postoperativen Passagen Torungen des Magens.  
BEITR Z. KLIN CHIR 144:639, 1928.
- 27.—REYELT W. AND ANDERSON A.  
Retrograde Jejunogastric Intussusception.  
SURG GYNEC OBSTET 119:1305-11 (Dec) 1964.
- 28.—LAVADIA P. JR.; HAYNES B. W. JR. AND DEBAKEY M. E.  
Retrograde Jejunogastric Intussusception: Review of Literature and a case.  
AMER SURG 19: 507-13 (June) 1953.
- 29.—BAILEY HAMILTON.  
Emergency Surgery. ed. 7, 1958, Baltimore, Williams & Wilkins Company, p. 1115.
- 30.—HIMMELMANN W.  
Ueber innere Einklemmung nach Magenoperationen.  
CHIRUG 5:906, 1933.
- 31.—TUSCHKA O.  
Jejunogastric Intussusception.  
JAMA 186:1092-3 Dec 21, 1963.
- 32.—JAASKELAINEN V.  
Retrograde Intussusception After Certain Gastric Operation.  
ANN CHIR GYNAEI FENN 43 (suppl):129, 1954.
- 33.—ADAMS A. W.  
Retrograde Jejunogastric Intussusception Acute and Chronic.  
BRIT MED J. 1:248-50 (Febr) 1935.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS NO CONSULTADAS.

- 34.—ADDISON N. V.  
Severe Hematemesis due to Jejunogastric Intussusception.  
GASTROENTEROLOGY 34:1156, 1958.
- 35.—AMBERGER L.  
Dünndarminvagination in den abführenden Schenkel einer vorderen Gastro-enterostomie.  
ZENTRALBL F. CHIR 48:1541, 1921.
- 36.—ANGERER A.  
Invagination nach Gastroenterostomie.  
ZENTRALB. F. CHIR 59:1572, 1932.
- 37.—ARNSPERGER L.  
Retrograde Dünndarminvagination nach Gastroenterostomie.  
ZENTRALBL. F. CHIR 49:190, 1922.
- 38.—BACHLADNER K.  
Dünndarminvagination in den Magen nach vordere Gastroenterostomie.  
ZENTRALBL F. CHIR 51:889, 1924.
- 39.—BANSMER G.  
Retrograde Intussusception of Gastroenterostomy Stoma.  
A. M. A. ARCH SURG 68:624, 1954.
- 40.—BAUMANN E.  
Wiederholte aufsteigende Dünndarminvagination bei einer gastroenterostomierten Frau.  
ARCH KLIN CHIR 111:504, 1919.
- 41.—BEAL J. M.  
Iatrogenic Complications of Gastrectomy.  
SURG GYNEC & OBSTET 114:645, 1919.
- 42.—BECKER, B. J. P.  
Retrograde Intussusception of jejunum following Gastro-jejunostomy; report of case.  
SOUTH AFRICAN M. J. 10:489, 1936.
- 43.—BETTMAN, R. B. AND BALDWIN R. S.  
Retrograde Intussusception of Jejunum; Complication of Gastro-enterostomy.  
J. A. M. A. 100:1228, 1933.
- 44.—BLOND K.  
Postoperative Komplikation in der Magen Chirurgie.  
CHIRUG 1:845, 1929.
- 45.—BURDMAN M.  
Thrice Occurring Retrograde Intussusception of the Efferent Loop of Jejunum Through a Gastroenterostomy.  
POSTGRAD M. J. 30:200, 1954,
- 46.—BUTLER F. E.; WOOLEY I. M. AND BURTON W. Y.  
Jejunal intussusception Through a Gastroenterostomy.  
RADIOLOGY 44:498, 1945.
- 47.—CAMERON J. AND MCFARLANE W.  
Intussusception of Jejunum into Stomach Throgh a Gastroenterostomy Stoma.  
BRIT J. SURG 23:274, 1935.
- 48.—CAMPBELL J. A.  
Retrograde Intussusception of Gastro-jejunostomy Stoma.  
SCOTTISH M. J. 1:130, 1956.

- 49.—CHAMBERLAIN J. T.  
Chronic Recurrent Jejunogastric Intussusception Through Gastroenterostomy Stoma.  
AMER J. SURG 49:510, 1940.
- 50.—COATES D. M.  
Jejuno-gastric Intussusception.  
BRIT J. RADIOLOG. 22:544, 1949.
- 51.—DARLING H. C.  
The Technical Defects of Gastro-jejunoscopy.  
M. J. AUSTRALIA 2:33, 1926.
- 52.—DE ANDRADRE M. A. AND COELHO C. A.  
Acute and Chronic Jejunogastric Intussusception.  
SURGERY 37:653, 1955.
- 53.—DEBENHAM R. K.  
Retrograde Intussusception of the Jejunum Following Gastro-jejunoscopy.  
BRIT M. J. 1:250, 1935.
- 54.—DELFINO E. A.  
Ueber ein Seltene Komplikation der Gastro-enterostomia Posterior nach Hacker.  
DEUTSCHE ZTSCHR F. CHIR 174:69, 1922.
- 55.—DOUGLAS W. K.  
Recurrent Retrograde Gastrojejunal Intussusception.  
POSTGRAD M. J. 30:204, 1954.
- 56.—DRAGSTEDT L. E.  
Are Gastrojejunal Ulcers due to Hypersecretion?  
A. M. A. ARCH SURG 66:579, 1953.
- 57.—DUCEY E. F. AND McNAMARA W. L.  
Retrograde Jejunogastric Intussusception Through Gastroenterostomy Stoma.  
ANN SURG 105:461, 1937.
- 58.—DUNLOP E. E.  
Perforation of Jejunal Diverticulum Associated with Acute Retrograde Intussusception  
Jejunogastric.  
NEW ZEALAND J. SURG 22:77, 1952.
- 59.—EARLY P. F.  
Jejunogastric Intussusception.  
POSTGRAD M. J. 33:193, 1957.
- 60.—FOSTER D. G.  
Retrograde Jejunogastric Intussusception: A Rare Case of Hematemesis.  
A. M. A. ARCH SURG 73:1009, 1956.
- 61.—EBERLE D.  
Zu den Komplikationen der Gastroenterostomia retroclia.  
ZENTRALBL F. CHIR 48:1044, 1923.
- 62.—GARDAZ E.  
De l'invagination Jéjuno-gastrique apres Gastroentérostomie.  
SCHWEIZ MED WCHNSCHR 66:251, 1936.
- 63.—GIORDANO G.  
Invagination Diguinale Retrograda in Stomaco Resectaco.  
RADIOLOG CLIN 27:1, 1958.
- 64.—GOTTESMAN J.  
Intussusception of Jejunum Following Gastro-enterostomy.  
J. A. M. A. 106:1895, 1936.



- 65.—GREENWOOD J. M.  
Acute Retrograde Jejunastric Intussusception.  
LANCET 1:266, 1937.
- 66.—GRIMES A. E.  
Retrograde Intrastric Intussusception of the Jejunum Following Subtotal Gastricomy.  
ANN SURG 129:404, 1949.
- 67.—GROPER M. J.  
Retrograde Enteric Intussusception.  
ANN SURG 112:344, 1940.
- 68.—GUTMAN R. A. AND JOBIN P.  
L'invagination des anses dans la bouche de Gastroentérostomie.  
PRESSE MED 45: 923, 1937.
- 69.—HAMMESFAHR C.  
Invagination der Abführenden Dünndarmschlinge Unmittelbar in den Magenstumpf.  
ZENTRALBL F. CHIR 78:365, 1953.
- 70.—HARTERT W.  
Dünndarminvagination in den Magen nach Gastroenterostomie.  
ZENTRALBL F. CHIR 48:1154, 1921.
- 71.—HERBERT G.  
Intussusceptions of Bowell Into the Stomach Following Gastro-enterostomy.  
LANCET 2:1215, 1932.
- 72.—HUBLIN H.  
Ileus After Stomach Operations.  
ACTA CHIR SCAND 101:228, 1951.
- 73.—IRONS H. S. JR., AND LIPIN R. J.  
Jejunogastric Intussusception Following Fastroenterostomy and Vagotomy.  
ANN SURG 141:541, 1955.
- 74.—JACKMAN M. AND MIDDLEMISS J. H.  
Retrograde Jejunogastric Intussusception.  
BRIT J. SURG 49:260, 1961.
- 75.—JOHNSON J. K.  
Jejunogastric Intussusception: An Unusual Complication of Gastroenterostomy.  
AM SURG 21:359, 1955.
- 76.—KALLTETZ T.  
Die Autsteigende Dünndarmeinscheidung in den Magen nach Billrooth II.  
CHIRUG 25:118, 1954.
- 77.—KOPP J. G.  
Invagination Retrograde apres Gastro-entérostomie.  
LYON CHIR 22:664, 1925.
- 78.—LANGHOT J.  
Massive Magenblutung durch Retrograde Invagination des Jejunum nach Alter Magenreseksion.  
ZENTRALBL CHIR 79:2034, 1954.
- 79.—LAWSON E. H. AND WHITENER D. L.  
Retrograde Jejunogastric Intussusception: Case Report.  
ACH SURG 60:242, 1950.
- 80.—LEDoux-LEBARD R. AND GARCÍA-CALDERÓN J.  
Le Radio-diagnostique de l'invagination Jejunogastrique Apres Gastroentérostomie.  
ARCH D. MAL DE L'APP DIGESTIF 23:533, 1933.

- 81.—LINDENSCHMIDT T. O.  
Zur Pathologie und Klinik der Invagination in Bereiche des Magens.  
BRUNS' BEITR Z. KLIN CHIR 182:191, 1951.
- 82.—LOSERT J.  
Ein Fall von Invaginationileus nach Hinterer Gastroenterostomie.  
BEITR Z. KLIN CHIR 140:308, 1927.
- 83.—LUND R. AND SANDERND K.  
Retrograde Invagination of the Jejunum Into the Stomach Following Gastrectomy.  
ACTE CHIR SCAND 108:213, 1954.
- 84.—MARS A. E.  
Retrograde Invaginatie van het Jejunum in een Resectie-maag.  
NEDERAL TIDJSCHR GENEESK 106:529, 1962.
- 85.—McNAMARA W. T.  
Retrograde Jejunogastric Intussusception Through Subtotal Gastrectomy Stoma.  
ANN SURG 120:207, 1944.
- 86.—McGLONE F. B.  
Temporary Jejunogastric Intussusception: A Case Report.  
GASTROENTEROLOGY 26:921, 1954.
- 87.—MORONEY J.  
Some Interesting Gastrojejunal Lesions.  
BRIT J. SURG 35:374, 1948.
- 88.—MUHLBERGHUBER K.  
Roetgendiagnosis of the Retrograde Jejunogastric Intussusception.  
CHIRUG 23:529, 1952.
- 89.—OSMOND J. D. AND FOWLER H. D. JR.  
Jejunogastric Intussusception.  
AM J. ROENTGENOL 79:786, 1958.
- 90.—OTERO J. P.  
Invaginacion de l'anse Efferente de Gastro-enterostomia.  
SOC DE CIR DE MONTEVIDEO.
- 91.—PAUL L. W. AND BEKENDORF C.  
Roetgendiagnosis of the Retrograde Jejunogastric Intussusception.  
RADIOLOGY 73:234, 1959.
- 92.—PELLEGRINI.  
Invaginazione dell'intestino Consecutiva Gastroenterostomia.  
CHIR 59:1409, 1932.
- 93.—PENNEFATHER A. L.  
Case Report.  
J. ROYAL ARMY M. CORPS 66:193, 1936.
- 94.—PERNAN W. S. AND LINDSAY E. C.  
Intussusception: A Monograph Based on 400 Cases.  
BRIT J. SURG 9:46, 1921.
- 95.—PETERSON D. R. AND BIEMAN J.  
Jejunoduodenogastric Intussusception Following Gastrojejunostomy.  
NORTHWEST MED 51:38, 1952.
- 96.—POPPEL M. H.  
Gastric Intussusceptions.  
RADIOLOGY 78:602, 1962.

- 97.—RICHARDSON J. E.  
Chronic Jejunal Prolapse Following Gastro-enterostomy.  
BRIT J. SURG 40:471, 1953.
98. ROHDE O.  
Ueber Aufsteigende Dünndarminvagination nach Gastroenterostomie.  
ACTA CHIR SCAND 58:105, 1925.
- 99.—RUPPNER.  
Invaginationstilues nach Gastroenterostomie.  
SCHWEIZ MED WCHNSCHR 10:1237, 1929.
- 100.—SANDSTOM C.  
On Gastropam and its Roentgenological Appearance.  
ACTA RADIOL 25: , 1944.
- 101.—SCHILLING N.  
Intussusception Through Gastroenterostomy Stoma.  
ANN SURG 95:958, 1932.
- 102.—SCHLOESSMANN A.  
Rücklaufuge Dünndarminvagination in den Magen nach Gastroenterostomie.  
ZENTRALBL F. CHIR 48:1538, 1921.
- 103.—SCHWARTZMAN E.  
Ascendierende Jejunale Intussusception nac Gastroenterostomie.  
MED KLIN 15:434, 1919.
- 104.—SHEARER J. P. AND PICKFORD E. M.  
Intussusception of the Small Intestine Into Stomach Through Gastroenterostomy  
Stoma.  
ANN SURG 87:574, 1928.
- 105.—SIBLEY W. L.  
Chronic Intermittent Intussusception Through Stoma of Previous Gastroenterostomy.  
PROC STAFF MEET MAYO CLIN 9:364, 1934.
- 106.—SMITH I.  
Retrograde Jejuno-gastric Intussusception Following Gastrectomy.  
BRIT J. SURG 42:654, 1955.
- 107.—SOTEROUPOLOS C.; BERKMAN Y. AND GILMORE J. H.  
Jejuno-gastric Intussusception.  
RADIOLOGY 73:238, 1959.
- 108.—STEBER.  
Ueber einen Seltene Fall von Invagination-ileus.  
MUNCHEN MED WCHNSCHR 64:648, 1917.
- 109.—SUMMERS J. E.  
Acute Complete Obstruction of Duodenum Following Gastrojejunostomy.  
ARCH SURG 19:292, 1929.
- 110.—SWARTZ D.  
Unusual Case of Intussusception.  
CANADA M. A. J. 20:172, 1929.
- 111.—TUOMIKOWSKI V.  
Ueber die Aufsteigende Dünndarminvagination nach der Gastroenterostomie.  
ACTA SOC MED FENN DUODECIM 15:1, 1931.
- 112.—VAN PROHASKA J.; GOVOTIS M. C.; HAIMS H. P. AND EVANS S. A.  
Jejuno-gastric Intussusception Following Subtotal Gastrectomy.  
AM J. SURG 94:776, 1957.
- 113.—VINK M.  
Retrograde Intussusception of the efferent Jejunal Loop After Gastrectomy.  
ARCH CHIR NEERL 2:377, 1950.

- 114.—VON HABEREK H.  
Zur Frage des Arteriomesenteralen Duodennalverschlusses.  
ARCH KLIN CHIR 89:634, 1909.
- 115.—WARREN R.  
Retrograde Intussusception on Jejunum Through the Stoma of Gastrojejunostomy.  
LANCET 2:615, 1919.
- 116.—WATSON T. R. JR. AND CRANDELL W. B.  
Acute Jejunogastric Intussusception.  
SURGERY 28:116, 1950.
- 117.—WESTON W. H.  
Jejunogastric Intussusception.  
PROC ROY SOC MED 39:709, 1946.
- 118.—WISOFF C. P.  
Jejunogastric Intussusception.  
RADIOLOGY 61:363, 1953.
- 119.—WYDLER A.  
Ein Fall Von Invaginationileus des Jejunum in Dem Magen.  
SCHWEIZ MED WCHINSCHR 5:347, 1924.
- 120.—ZERBONI E. R.  
Invaginación de las Ansas Delgadas a Través de la Neoboca.  
ARCH URUG MED 14:615, 1939.
- 121.—BAUMANN E.  
Aufsteigende Jejunumivagination nach Gastroenterostomye  
ZENTRALBL F. CHIR 48:154-44, 1921.
- 122.—BONOMINO B.  
Un Nuovo Caso di Invaginazione Digiunogastrica Retrograda in Gastroenteroanastomosi.  
GIOR MED ALTO ADIGE 9:351-5, 1937.
- 123.—CYRANY V.  
Chronic Ascending Invagination Into Gastroenterostomy Anastomosis.  
CAS LEK CESK 90:845-6, 1951.
- 124.—DUDKO M. O.  
Retrograde Invagination of Small Intestine in Stomach Following Posterior Gastroenterostomy.  
RAD MED 5:67-69, 1940.
- 125.—EGOROV V. N.  
Invagination of the Small Bowel Into Stomach After Gastroenterostomy.  
KHIRURGLLA N° 7, 80, 1952.
- 126.—EPSHTEYN M. L.  
Ascending Invagination of Small Intestine After Anterior Gastro-enterostomy.  
NOVY KHIR ARKHIV 35:116-21, 1935.
- 127.—HILLEMAND P.; CHERIGIE AND SARRAZIN A.  
A Propos de L'invagination Chronique du Jéjunum dans la Bouche Gastroentérostomie.  
BULL SOC MED HOP PARIS 65:239-40, 1946.
- 128.—KRAMARENKO E. Y.  
Classification of Invagination After Gastroenterostomy with Description Case.  
NOVY KHIR ARKHIV 41:397-401, 1938.
- 129.—LENARDUZZI G. AND BONOMINI B.  
Il Quadro Radiologico Dell'invaginazione Digiuno-gastrica Postoperatoria.  
ARCH ITAL MAL APP DIGER 1:457-78, 1932.

- 130.—DE LUNA C. AND DEVIN R.  
Un Cas D'invagination Rétrograde du Grele a Travers une Bouche de Gastroenterostomie.  
ARCH MAL APP DIGEST 41:326-28, 1952.
- 131.—MERGOL'D D. P.  
Invagination of Bowel Through Gastric Stoma.  
KLIN MED 29:74-5, 1951.
- 132.—MINTS G. M.  
Invagination of Jejunum Through Gastroenterostomy Stoma.  
KLIN MED 29:88-9, 1951.
- 133.—MOUTIER F.; CORNET A. AND SUKAN F.  
L'invagination Chronique de l'anse Jéjunale dans la Bouche de Gastrectomie.  
SEM HOP PARIS 28:2785-90, 1952.
- 134.—NOCITO F. J. AND NAVARRETE E. E.  
Invaginación Yeyunogástrica.  
BOL SOC ARGENT CIR 10:7489, 1949.
- 135.—PENKEVICH S. S.  
Case of Retrograde Invagination After Gastro-enterostomy.  
NOVY KHIR ARKHIV 35:257-8, 1935.
- 136.—POLIQUIN P. A.  
L'invagination Jéjuno-gastrique.  
UNION MED CANADA 73:19-30, 1944.
- 137.—PEUCH LEO L. E.  
Invaginacão Retrógrada Jejunogástrica A través de Boca de Gastrectomia.  
REV PAUL MED 35:105-8, 1949.
- 138.—ROTENBERG D. L.  
Invagination of Bowel Through Stoma After Gastroterostomy.  
KHIR MOSKVA 5:80-1, 1951.
- 139.—STEPANOVA E. N.  
Retrograde Invagination of Small Intestine Into Stomach Following. Gastro-enterostomy.  
KHIRURGIYA N° 7:144-6, 1937.
- 140.—DE TOEUT G.  
Intussusception Jejuno-gastrique Rétrograde Apres Gastrectomie.  
ACTA CHIR BELG 48:420-5, 1949.
- 141.—ULTRICHS J.  
Retrograde Darminvagination in den Magen.  
CHIRURG 22:350-1, 1951.
- 142.—USPENSKI V. V. AND SOKOLOV V. I.  
Intussusception After Gastric Surgery: Case of Invagination Into Stomach.  
NOVY KHIR ARKHIV 32:548, 1936.
- 143.—WU H. K. AND CHANG K. H.  
Acute Retrograde Intussusception of Jejunum in Adult; Report of Case.  
CHINESE MED JOUR 63-A: 26-29, 1944.
- 144.—ZAMOSHCHIN M. B.  
Retrograde Invagination of Small Intestines Into Stomach Through Gastroenterostomy Stoma.  
NOVY KHIR ARKHIV 30:163-7, 1934.
- 145.—LEMAN S. A.  
Jejunogastric Intussusception, Rare Complication of Operated Stomach.  
ACTA RADIOL 929:383, 1948.