

REPORTE DE CASO

La plica que se complica: Pancreatitis aguda secundaria a intususcepción Gastro-Duodenal por plica gástrica redundante

When a Plication Complicates: Acute Pancreatitis Secondary to Gastroduodenal Intussusception Caused by Redundant Gastric Plication

Alexandra D. Estepan P.¹; Elizabeth De Jesús V.²; Kirsis Romero B.²

¹ Residente de tercer año de gastroenterología. Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas, Avalado por UNPHU.

² Docente de la residencia de gastroenterología. Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas.

Correspondencia: draestepan@gmail.com | **Recibido:** 06 Ago 2025 | **Aceptado:** 02 Ene 2026 | **Publicado:** 15 Ene 2026

DOI: 10.1234/rdg.2026.01.01

RESUMEN

Introducción: La pancreatitis aguda es una de las principales urgencias gastrointestinales y presenta una etiología diversa. La intususcepción gastroduodenal es una entidad extremadamente infrecuente en adultos y, en raras ocasiones, puede asociarse a alteraciones anatómicas secundarias a procedimientos bariátricos, como la plicatura gástrica laparoscópica. La pancreatitis aguda secundaria a intususcepción por plicatura gástrica redundante constituye un evento excepcional, con escasos casos descritos en la literatura. **Métodos:** Se presenta el reporte de un caso clínico de pancreatitis aguda recurrente secundaria a intususcepción gastroduodenal por plica gástrica redundante, acompañado de una revisión narrativa de la literatura relevante. **Resultados:** Paciente femenina de 47 años, con antecedente de plicatura gástrica laparoscópica, que presentó múltiples episodios de pancreatitis aguda. Los estudios de laboratorio evidenciaron elevación de enzimas pancreáticas, y la tomografía abdominopélvica contrastada mostró signos compatibles con intususcepción gastroduodenal. La endoscopia digestiva alta confirmó la invaginación de una plica gástrica redundante hacia el duodeno. Se realizó tratamiento quirúrgico definitivo mediante gastrectomía vertical en manga por vía laparoscópica, con evolución clínica favorable y ausencia de recurrencias durante el seguimiento. **Conclusión:** La intususcepción gastroduodenal secundaria a plicatura gástrica redundante debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de pancreatitis aguda en pacientes con antecedentes de cirugía bariátrica. El diagnóstico oportuno mediante estudios de imagen y endoscopia, junto con el abordaje quirúrgico adecuado, permite prevenir recurrencias y mejorar el pronóstico.

Palabras clave: pancreatitis aguda; plicatura gástrica; intususcepción gastroduodenal; obstrucción ampular.

ABSTRACT

Background: Acute pancreatitis is one of the most common gastrointestinal emergencies and has a broad range of etiologies. Gastroduodenal intussusception is an exceedingly rare condition in adults and is most often associated with an underlying structural lesion. Bariatric procedures, including laparoscopic gastric plication, may rarely lead to anatomical alterations that predispose to intussusception. Acute pancreatitis secondary to gastroduodenal intussusception caused by redundant gastric plication is exceptionally uncommon, with only a few cases reported in the literature. **Case Presentation:** We report the case of a 47-year-old woman with a history of laparoscopic gastric plication who presented with recurrent episodes of acute pancreatitis. Laboratory evaluation revealed pancreatic enzyme levels elevated to more than three times the upper limit of normal. Contrast-enhanced abdominal computed tomography demonstrated findings consistent with gastroduodenal intussusception. Upper gastrointestinal endoscopy confirmed invagination of a redundant gastric plication through the pylorus into the duodenum. Definitive surgical management was achieved with laparoscopic sleeve gastrectomy, resulting in complete clinical resolution. No recurrence of pancreatitis was observed during long-term follow-up. **Conclusion:** Gastroduodenal intussusception secondary to redundant gastric plication should be considered in the differential diagnosis of acute pancreatitis in patients with a history of bariatric surgery. Early diagnosis using cross-sectional imaging and endoscopy, followed by appropriate surgical intervention, is essential to prevent recurrence and improve clinical outcomes.

Keywords: acute pancreatitis; gastric plication; gastroduodenal intussusception; ampullary obstruction.

Introducción:

La pancreatitis aguda constituye una de las principales emergencias gastrointestinales a nivel mundial, con una etiología diversa que incluye causas biliares, alcohólicas, metabólicas, anatómicas, medicamentosas y postquirúrgicas (1,2). A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, identificar etiologías poco frecuentes continúa representando un desafío clínico relevante.

La intususcepción gastroduodenal en adultos es una entidad excepcional, con menos del 5 % de los casos reportados en esta población, a diferencia de la edad pediátrica, donde suele ser idiopática (3). En adultos, generalmente se asocia a un punto guía estructural, como pólipos gástricos, tumores benignos (lipomas, leiomiomas), neoplasias malignas o alteraciones anatómicas secundarias a procedimientos quirúrgicos (3,4).

La plicatura gástrica laparoscópica (PGL) es una técnica bariátrica restrictiva utilizada como alternativa a la gastrectomía en manga y al bypass gástrico. Aunque se considera un procedimiento seguro y reversible, se han descrito complicaciones infrecuentes, entre ellas la formación de pliegues gástricos redundantes, los cuales pueden actuar como punto guía para una intususcepción gastroduodenal (5,6).

La invaginación de una plica gástrica hacia el duodeno puede ocasionar obstrucción periamпуляр, comprometer el drenaje pancreático y desencadenar pancreatitis aguda obstructiva, una complicación extremadamente rara y potencialmente grave (7,8). La coexistencia de pancreatitis aguda secundaria a intususcepción por plica gástrica redundante posterior a PGL cuenta con escasos reportes en la literatura médica, lo que subraya la relevancia de su descripción (6,9).

Metodología

Se presenta un reporte de caso clínico, elaborado conforme a los lineamientos internacionales CARE (CAse REport Guidelines) para garantizar transparencia, reproducibilidad y rigor metodológico.

La información clínica fue obtenida a partir de la revisión detallada del expediente médico, incluyendo datos demográficos, antecedentes quirúrgicos, hallazgos clínicos, estudios de laboratorio, métodos diagnósticos por imágenes, procedimientos endoscópicos y manejo terapéutico. Los estudios de imagen fueron interpretados por especialistas en radiología, y los hallazgos endoscópicos y quirúrgicos fueron documentados de forma sistemática.

Se obtuvo el consentimiento informado del paciente para la publicación del caso y de las imágenes clínicas correspondientes, garantizando la confidencialidad y el anonimato, de acuerdo con los principios éticos de la Declaración de Helsinki.

Objetivo:

Describir un caso clínico de pancreatitis aguda recurrente secundaria a intususcepción por plica gástrica redundante.

Caso clínico:

Paciente femenina de 47 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial de 5 años de evolución, en tratamiento con candesartán 32mg, Hidroclorotiazida 12.5mg, abdominoplastia (2018) y plicatura gástrica laparoscópica (2022) con pérdida de aproximadamente 66 libras en total, sin reganancia de peso. Niega alergias, hábitos tóxicos relevantes, salvo consumo de café (3 tazas/día) y alcohol ocasional escasa cantidad (1 vaso de cerveza cada 21 o 30 días).

Dos años posteriores (2024), llega referida desde otro centro de salud por cuadro de dolor abdominal en epigastrio y ambos hipocondrios, de 5 días de evolución, de intensidad leve a moderada, 7/10 EVA, que no cedía a la medicación oral de tipo y frecuencia no especificada, se acompañaba de náuseas y vómitos en múltiples ocasiones de contenido gástrico en muy escasa cantidad. Se

diagnostica Pancreatitis Aguda y se medica con protocolo de pancreatitis con leve mejoría clínica y de laboratorio; 48 horas posteriores reagudiza cuadro clínico y químico de iguales características, por lo que se refiere a nuestro centro para mejor manejo por no constar con estudios complementarios. Posterior al traslado remite cuadro clínico y de laboratorios durante 48 horas, reagudizándose con un cuarto episodio de dolor y elevación de enzimas pancreáticas.

Durante la evolución clínica se documentaron cuatro episodios de reagudización, cada uno asociado a elevación significativa de enzimas pancreáticas, con normalización parcial intercrítica. En el primer episodio, la amilasa alcanzó 380 U/L y la lipasa 388 U/L (>3 veces el límite superior normal). Tras mejoría clínica inicial, en la primera reagudización se observó nuevo incremento enzimático (amilasa 412 U/L, lipasa 460 U/L), seguido de un descenso transitorio. El tercer y cuarto episodios cursaron con elevaciones similares, coincidiendo clínicamente con dolor epigástrico intenso, lo que sugiere un patrón obstructivo intermitente, compatible con invaginación transitoria de la plica gástrica y compromiso fluctuante del drenaje pancreático.

Paciente refiere cuadro previo de pancreatitis leve no estudiada 1-2 meses previos y pérdida de peso de las últimas 30 libras en los últimos 2 meses.

Episodio	Tiempo clínico	Amilasa (U/L)	Lipasa (U/L)	Hallazgos clínicos asociados	Interpretación
1	Ingreso inicial	380	388	Dolor epigástrico irradiado a hipocondrios, náuseas, vómitos	Pancreatitis aguda leve
2	Primera reagudización (48 h)	412	460	Reaparición de dolor abdominal intenso	Obstrucción pancreática intermitente
3	Mejoría intercrítica	165	142	Disminución del dolor, tolerancia oral parcial	Resolución transitoria
4	Segunda reagudización	398	421	Dolor epigástrico severo, vómitos	Reagudización obstructiva
5	Tercer episodio (previo a cirugía)	440	489	Dolor persistente, mala respuesta al manejo médico	Obstrucción mecánica sostenida
6	Postoperatorio inmediato	92	88	Asintomática	Resolución del proceso obstructivo
7	Seguimiento (1 año)	76	69	Asintomática, sin recurrencias	Normalización bioquímica

La variabilidad en los niveles enzimáticos refleja un patrón obstructivo intermitente, consistente con la invaginación transitoria de la plica gástrica y compromiso fluctuante del drenaje pancreático.

Examen físico

TA: 110/70 mmhg, FC: 92 LPM, FR: 18 rpm, Temp: 37 °C, SatO2: 98%. Paciente consciente, orientada, afebril, eupneica e levemente deshidratada, quejumbrosa. Abdomen semigloboso, cicatriz suprapúbica horizontal de aproximadamente 10cm, Cicatriz puntiforme en hipocondrio izquierdo, flanco derecho y umbilical circunferencial de aproximadamente 1cm de diámetro por antecedente quirúrgico previo. Depresible, sonoridad adecuada, doloroso a la palpación en epigastrio, mesogastrio y ambos hipocondrios (9/10 en la escala sugestiva del dolor), sin masas ni visceromegalias palpables.

Hallazgos de laboratorio y endoscópicos:

La sonografía abdominal (extrahospitalaria) reportó datos de pancreatitis aguda a expensas de edema en cabeza de páncreas. El hemograma y pruebas bioquímicas no mostraron hallazgos significativos, excepto la elevación de las enzimas pancreáticas >3 veces su valor de referencia

(Amilasa: 380 u/l Lipasa: 388 u/l). (Valor Referencia: 80) Posterior a la reagudización de cuadro clínico se decide realizar tomografía abdomino-pélvica contrastada que evidencia intususcepción gastro-duodenal, con invaginación del estómago hacia el duodeno en paciente con antecedente de plicatura gástrica (imagen de pseudo riñón en zona pancreatoduodenal). Se realiza Endoscopia digestiva alta que evidencia plica gástrica invaginada a través de píloro hacia segunda porción duodenal con salida espontánea tras la insuflación intensiva del cuerpo gástrico, confirmando el diagnóstico. No se identificaron otras alteraciones hepáticas, ni renales en laboratorios ni imágenes.

Diagnóstico

Pancreatitis aguda secundaria a intususcepción de plica gástrica redundante.

Tratamiento y evolución

Se procede a realizar laparoscopia con fines correctivos de reducir la intususcepción, se concluye con gastrectomía vertical en manga gástrica vía laparoscópica.

En relación con la toma de decisiones quirúrgicas, tras la reducción laparoscópica de la intususcepción se consideraron distintas alternativas terapéuticas. Aunque la simple liberación de la plicatura original o el retiro de las suturas podría parecer una opción conservadora, dicha estrategia fue descartada debido al alto riesgo de recurrencia asociado a la persistencia de una plica redundante con alteración anatómica establecida. Además, durante la exploración quirúrgica se evidenció elongación y redundancia significativa del pliegue gástrico previamente plicado, con cambios tisulares sugestivos de compromiso mecánico crónico, lo que desaconsejaba una corrección limitada.

En este contexto, la conversión a gastrectomía vertical en manga se consideró el abordaje más definitivo, al permitir la eliminación completa del punto guía, restaurar la anatomía gástrica funcional y reducir de forma significativa el riesgo de nuevas intususcepciones y episodios de pancreatitis obstructiva. Este enfoque ha sido respaldado por reportes previos en casos similares, donde la cirugía definitiva mostró mejores resultados a largo plazo frente a intervenciones conservadoras.

La paciente evolucionó de forma satisfactoria de su post quirúrgico con resolución total del cuadro. Actualmente, a dos años del procedimiento, se encuentra sin nuevos episodios de pancreatitis, con adecuado mantenimiento del peso. Endoscopia de control 1 año posterior a la resolución del cuadro (2025), se encuentra: esofagitis grado A (Clasificación de Los Ángeles), reducción quirúrgica de cuerpo y fondo gástrico y gastropatía eritematosa leve de antro.

Imágenes soporte:

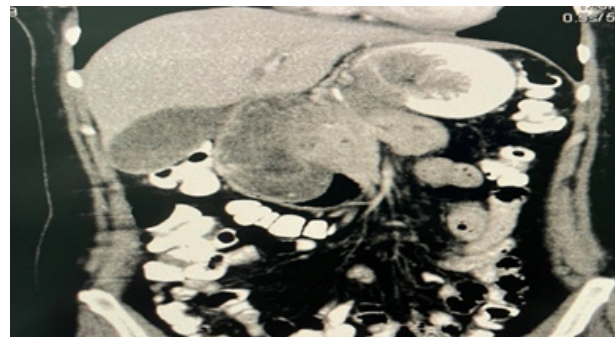


Imagen 1 y 2: Tomografía abdomino-pélvica contrastada en corte axial y coronal. Mostrando Signo de la Diana o dona, con intususcepción gastroduodenal, con imagen característica de doble pared hiperdensa con contenido líquido en su interior e isodensidades entre ambas paredes.



Imagen 3 y 4: Endoscopia digestiva alta, muestra de plica gástrica redundante a través de píloro, hacia duodeno. En retroflexión se muestra plica redundante ocupando cuerpo y fundus gástrico (posterior a la reducción endoscópica).

Discusión

La intususcepción gastroduodenal posterior a plicatura gástrica laparoscópica es una complicación excepcional, con muy pocos casos descritos en la literatura (6). Su relevancia clínica radica en la posibilidad de generar obstrucción periampular y pancreatitis aguda obstructiva, una entidad infrecuente, pero de alto impacto clínico (3,9).

El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, especialmente en pacientes con antecedentes de cirugía bariátrica que se presentan con dolor abdominal agudo y elevación de enzimas pancreáticas sin una causa evidente. En este contexto, la tomografía computarizada contrastada constituye la herramienta diagnóstica de elección, ya que permite identificar alteraciones anatómicas complejas, visualizar la invaginación gastroduodenal y evaluar complicaciones asociadas (7). La combinación del signo tomográfico de la diana y la confirmación endoscópica directa de la plica invaginada constituye una evidencia diagnóstica concluyente, reduciendo significativamente la ambigüedad etiológica en un escenario clínico complejo.

Desde el punto de vista fisiopatológico, se postula que la invaginación de la plica gástrica hacia el duodeno genera una obstrucción parcial o intermitente de la ampolla de Vater, comprometiendo el drenaje pancreático, aumento de la presión ductal y favoreciendo la activación intrapancreática de enzimas digestivas. La irritación mecánica directa y la compresión de estructuras periampulares también podrían contribuir al proceso inflamatorio (10).

El tratamiento definitivo es quirúrgico y se orienta a corregir la alteración anatómica subyacente, con el objetivo de prevenir recurrencias y complicaciones mayores (6). No obstante, en casos seleccionados y dependiendo de la estabilidad clínica del paciente, puede considerarse inicialmente la reducción endoscópica como medida terapéutica o puente hacia la cirugía definitiva (9,11).

Conclusión

La pancreatitis aguda secundaria a intususcepción gastroduodenal por plica gástrica redundante es una complicación excepcional de la plicatura gástrica laparoscópica. Su reconocimiento exige un alto índice de sospecha clínica y un enfoque diagnóstico integral en pacientes con antecedentes de cirugía bariátrica.

La presentación de este caso contribuye a ampliar el conocimiento sobre complicaciones anatómicas poco frecuentes, resalta la importancia del abordaje multidisciplinario y aporta evidencia valiosa a la literatura médica, favoreciendo un diagnóstico oportuno y una adecuada toma de decisiones terapéuticas.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para la realización de este estudio.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Referencias bibliográficas

1. Pérez-Brotons S, de-Madaria E. Revisión bibliográfica: pancreatitis aguda: etiología, diagnóstico y manejo. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2025;55(3):203-209
2. Wang CF, Tariq A, Chandra S. Acute pancreatitis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
3. Okello M, Kayondo D, Ocamo P. Gastroduodenal intussusception as a rare cause of pancreatitis: a case report. *Int J Surg Case Rep*. 2021;89:106632
4. Ji S, Chen W, Zhu B, et al. Gastric endophytic gastrointestinal stromal tumor as a rare cause of gastroduodenal intussusception: case report and literature review. *Diagn Pathol*. 2025;20:107.
5. Deitel M, Gagner M, Erickson AL, Crosby RD. Third International Summit: current status of sleeve gastrectomy and gastric plication. *Surg Obes Relat Dis*. 2011;7(6):749-759
6. Almowaqee B, Madi Y, Taleb B, Alshammari M, Alzahrani A. Gastroduodenal intussusception following gastric plication: two case reports and surgical management. *Ann Med Surg (Lond)*. 2025;87:1057-64.
7. Kim JH, Lee JM, Kim SH, Park HS, Lee ES. CT features of gastroduodenal intussusception in adults: diagnostic clues and clinical relevance. *Abdom Radiol (NY)*. 2021;46(11):5385-94.
8. Marsicovetere P, Ivatury SJ, White B, Holubar SD. Intestinal intussusception: etiology, diagnosis, and treatment. *Clin Colon Rectal Surg*. 2017;30(1):30-39
9. Tenner S, Vege SS, Sheth SG, et al. American College of Gastroenterology Guidelines: Management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol*. 2024;119(3):419-437
10. Almowaqee B, Madi Y, Taleb B, Haj Oughli MA. Gastroduodenal intussusception: two cases of gastroduodenal intussusception following gastric plication, each managed with a different approach: a case report. *Ann Med Surg (Lond)*. 2025;87(2):1057-1064
11. Deitel M, Gagner M, Erickson AL, Crosby RD. Third International Summit: current status of sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis*. 2011;7(6):749-759.