

## Informe de caso

# Intususcepción intestinal tardía después de una derivación gástrica en Y de Roux

DOI: 10.5377/alerta.v9i2.22259

Rudecinda Ramírez Serrano<sup>1\*</sup>, Dinora Sofía Abarca Calderón<sup>2</sup>, Ernesto Alejandro Canales Gómez<sup>3</sup>

1-3. Unidad de Emergencia, Hospital Médico Quirúrgico, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, San Salvador, El Salvador.

\*Correspondencia

✉ rude\_1709@hotmail.com

1. 0000-0002-9775-5375
2. 0009-0001-3825-6031
3. 0009-0003-6235-9051

## ACCESO ABIERTO

### Late intestinal intussusception after Roux-en-Y gastric bypass surgery

#### Citación recomendada:

Ramírez Serrano R, Abarca Calderón DS, Canales Gómez EA. Intususcepción intestinal tardía después de una derivación gástrica en Y de Roux. *Alerta*. 2026;9(2):78-83. DOI: 10.5377/alerta.v9i2.22259

#### Editora:

Nadia Rodríguez.

#### Recibido:

10 de octubre de 2025.

#### Aceptado:

13 de enero de 2026.

#### Publicado:

30 de abril de 2026.

#### Contribución de autoría:

RRS<sup>1</sup>: concepción del estudio, redacción, revisión y edición. DSAC<sup>2</sup>: diseño del manuscrito. EACG<sup>3</sup>: búsqueda bibliográfica.

#### Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

#### Resumen

La obesidad constituye un importante problema de salud pública, lo que ha impulsado el desarrollo de diversas estrategias terapéuticas. Entre ellas, la derivación gástrica en Y de Roux destaca por su eficacia, aunque puede asociarse a complicaciones infrecuentes pero graves, como la intususcepción intestinal, cuyo diagnóstico resulta desafiante por su presentación inespecífica. **Presentación del caso.** Se trata de una mujer de 45 años, con antecedente de hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina y derivación gástrica laparoscópica realizada dos años antes por obesidad mórbida (índice de masa corporal de 49,5 kg/m<sup>2</sup>), con adecuada pérdida ponderal. Consultó por dolor abdominal de seis horas de evolución, acompañado de náuseas, vómitos y hematemesis. Al examen físico, se encontraba hemodinámicamente estable, sin signos de irritación peritoneal. La endoscopia digestiva alta no evidenció hallazgos relevantes, mientras que la tomografía abdominal mostró intususcepción yeyunal proximal. **Intervención terapéutica.** Se realizó laparotomía exploradora, identificándose dilatación de la anastomosis yeyuno-yeyunal y aproximadamente 40 cm de yeyuno necrótico, por lo que se efectuó resección intestinal y reconstrucción de la derivación. **Evolución clínica.** En el postoperatorio se complicó con íleo adinámico, derrame pleural e infección urinaria por *Escherichia coli*. La paciente evolucionó de forma satisfactoria tras el alta hospitalaria.

#### Palabras clave

Intususcepción, Derivación Gástrica, Obesidad Mórbida.

#### Abstract

Obesity is a major public health problem that has driven the development of various therapeutic strategies. Among these, Roux-en-Y gastric bypass stands out for its effectiveness, although it may be associated with rare but serious complications, such as intestinal intussusception, which is challenging to diagnose due to its nonspecific presentation. **Case presentation.** A 45-year-old woman with a history of hypothyroidism treated with levothyroxine and a laparoscopic gastric bypass performed two years prior for morbid obesity (body mass index of 49.5 kg/m<sup>2</sup>), with adequate weight loss. She presented with abdominal pain that had been present for six hours, accompanied by nausea, vomiting, and hematemesis. On physical examination, she was hemodynamically stable, with no signs of peritoneal irritation. Upper gastrointestinal endoscopy revealed no significant findings, while abdominal CT scanning showed proximal jejunal intussusception. **Treatment.** An exploratory laparotomy was performed, revealing dilation of the jejunum-jejunal anastomosis and approximately 40 cm of necrotic jejunum; consequently, intestinal resection and reconstruction of the anastomosis were performed. **Outcome.** The postoperative period was complicated by a dynamic ileus, pleural effusion, and a urinary tract infection caused by *Escherichia coli*. The patient recovered satisfactorily following hospital discharge.

#### Keywords

Intussusception, Gastric Bypass, Obesity, Morbid.

## Introducción

A nivel mundial, en el año 2022, 2500 millones de adultos de 18 años o más tenían sobrepeso, y más de 890 millones padecían obesidad. Esto significa que el 43 % de los adultos, en esa edad (43 % hombres y 44 % mujeres) tenían sobrepeso, lo que evidencia un aumento con respecto

a 1990, cuando el porcentaje de adultos de 18 años o más con sobrepeso era del 25 %<sup>1</sup>. La obesidad implica riesgos y complicaciones metabólicas, cardiovasculares y quirúrgicas, que aumentan la carga económica y social para este grupo de pacientes. Por tanto, en la actualidad, se realizan guías integrales de manejo que incluyen las opciones quirúrgicas.

La Federación para la Cirugía de la Obesidad y los Trastornos Metabólicos reportaron durante el año 2023, 449 583 procedimientos bariátricos primarios a nivel mundial. La derivación gástrica (o *bypass* gástrico) en Y de Roux es el segundo procedimiento bariátrico más realizado, constituye el 29,5 % de los procedimientos bariátricos<sup>2</sup>. Asimismo, la cirugía bariátrica tiene una baja tasa de mortalidad perioperatoria de menos del 0,2 %<sup>3</sup>.

Dentro de las complicaciones más frecuentes del *bypass* gástrico en Y de Roux destacan sangrados, filtraciones, hernia interna, estenosis de la anastomosis y colelitiasis. No obstante, la intususcepción es una complicación poco frecuente, pero descrita y potencialmente grave<sup>4</sup>.

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, durante el período comprendido del 2021 al 2023, la prevalencia de obesidad en adultos alcanzó el 40,3 %, y la obesidad severa continuó en aumento de 7,7 % a 9,7 % en el año 2023<sup>5</sup>. El aumento de la prevalencia de pacientes con obesidad que son sometidos a procedimientos quirúrgicos hace indispensable que el médico de emergencias y urgencias cuente con un conocimiento integral sobre las complicaciones mediatas y tardías derivadas del procedimiento quirúrgico.

La invaginación o intususcepción intestinal es el desplazamiento de un segmento intestinal dentro del lumen de otro segmento adyacente. Es infrecuente, con una incidencia de hasta un 0,64 % de los pacientes sometidos a derivación gástrica. La intususcepción ocurre con relación a la anastomosis yeyuno-yeyunal, puede ser anterógrada o retrógrada. Sin embargo, el mecanismo por el cual ocurre esta entidad no ha sido claramente establecido<sup>6</sup>.

En el contexto salvadoreño, la ausencia de datos específicos sobre esta complicación quirúrgica, dificulta el diagnóstico oportuno, lo que incrementa el riesgo de retrasos tanto diagnósticos como terapéuticos. La identificación temprana de esta entidad es crucial para prevenir otras complicaciones como la isquemia intestinal. Este informe de caso tiene como objetivo contribuir al conocimiento médico mediante la descripción sistemática del abordaje diagnóstico-terapéutico, destacando los hallazgos clínicos e imagenológicos que orientaron el diagnóstico y fundamentaron la toma de decisiones clínicas. Asimismo, busca aportar una referencia metodológica para el manejo de casos similares, promoviendo la sensibilización del personal de salud y el fortalecimiento de la práctica clínica basada en la evidencia.

## Presentación del caso

Se presenta el caso de una mujer de 45 años con antecedente de hipotiroidismo diagnosticado en 2021, en tratamiento con levotiroxina 100 µg diarios. En junio de 2022 fue sometida a derivación gástrica en Y de Roux por vía laparoscópica, indicada por obesidad mórbida (índice de masa corporal de 49,5 kg/m<sup>2</sup>). No se dispone del reporte operatorio, por lo que se desconoce la técnica quirúrgica específica empleada, al haberse realizado el procedimiento en un centro hospitalario de la red nacional. En el postoperatorio presentó anemia ferropénica, manejada con suplementación oral de micronutrientes. La pérdida del exceso de peso fue del 46,5 %, alcanzando un peso actual de 64 kg. No referiría antecedentes quirúrgicos adicionales.

La paciente consultó en la unidad de emergencia por dolor abdominal de seis horas de evolución, localizado en epigastrio e hipocondrios, acompañado de náuseas, vómitos y hematemesis.

Al examen físico se evidenció un abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal. Los estudios de laboratorio reportaron: leucocitos 9,170/µL (58,7 % neutrófilos), hemoglobina 8,5 g/dL y proteína C reactiva < 0,06 mg/dL.

Al inicio se sospechó la presencia de una úlcera anastomótica sangrante. Se realizó endoscopia digestiva alta, que reportó gastropatía erosiva con restos hemáticos en la anastomosis gastroyeyunal (Figura 1). No obstante, ante la persistencia de los síntomas, se solicitó tomografía abdominal contrastada, que evidenció la intususcepción del yeyuno proximal asociada a isquemia y obstrucción de alto grado (Figura 2).

## Intervención terapéutica

Se realizó una laparotomía exploradora. El abordaje abierto se realizó debido a múltiples factores como los hallazgos descritos en la tomografía abdominal que involucraban compromiso vascular asociado a una obstrucción de alto grado, más el tiempo prolongado de evolución.

Durante el acto quirúrgico se evidenció un proceso inflamatorio severo en la cavidad abdominal con adherencias firmes, dilatación severa de la anastomosis yeyuno-yeyunal y 40 cm de yeyuno invaginado. Además, el resto del intestino se encontró colapsado (Figura 3A) y necrótico (Figura 3B).

En la reducción manual de la intususcepción se evidenció necrosis, sangrado y perforación en el sitio de la anastomosis yeyuno-yeyunal de 3 cm por 3 cm. Se reseccionó el segmento afectado, incluida la anastomosis

yeyuno-yeyunal previa, a 50 cm de la anastomosis gastroyeyunal y a 10 cm de anastomosis yeyuno-yeyunal seguida de la reconstrucción de la derivación gástrica; se dejó 40 cm de distancia entre ambas anastomosis (asa alimentaria y asa biliar), las cuales tienen 50 cm independientes desde la anastomosis gastroyeyunal y 50 cm de yeyuno proximal en las asas biliopancreáticas, con técnica mecánica utilizando engrapadoras, posterior lavado de cavidad y cierre (Figura 4).

### Evolución clínica

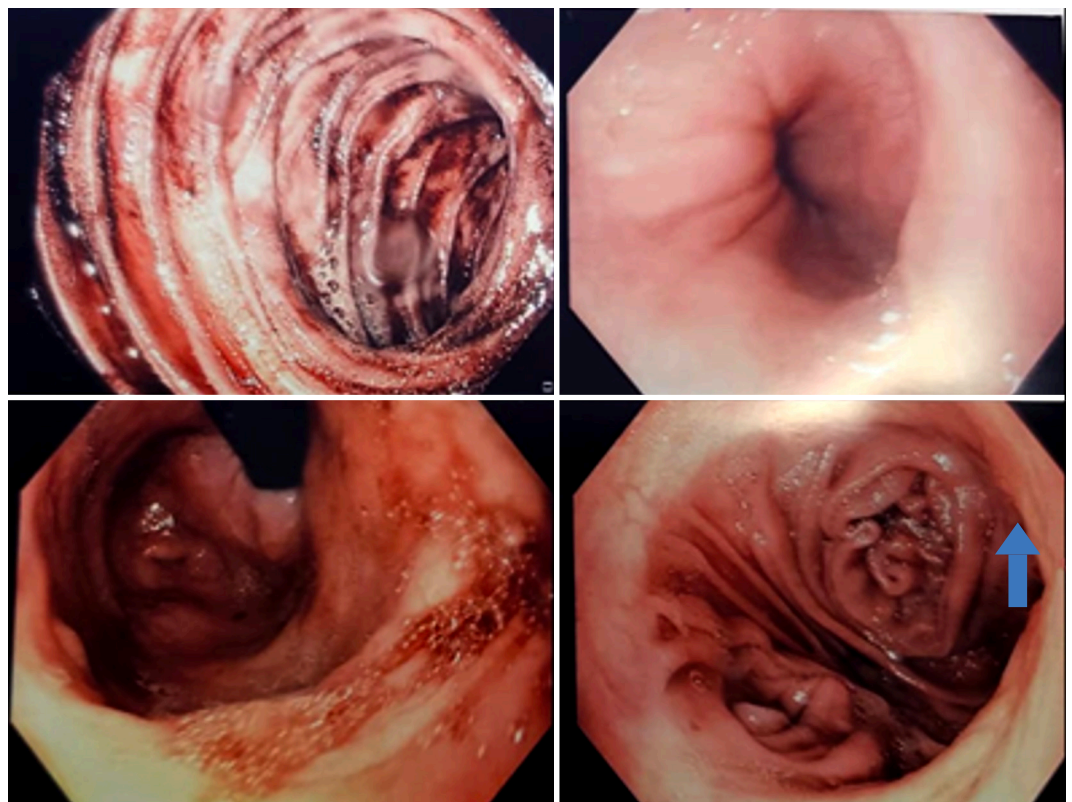
La paciente permaneció hospitalizada durante 18 días y requirió nutrición parenteral por siete días. Durante el postoperatorio presentó íleo adinámico, derrame pleural bilateral con atelectasias e infección de vías urinarias por *Escherichia coli*, multiresistente productora de carbapenemasa y betalactamasas de espectro extendido positivo, la cual se trató con 1 g de ertapenem por día y 800 mg de fluconazol vía endovenoso por día, con un total de duración del tratamiento de siete días. El estudio histopatológico confirmó infarto intestinal sin evidencia de malignidad. En el seguimiento ambulatorio, la paciente no presentó recurrencia de síntomas abdominales.

### Diagnóstico clínico

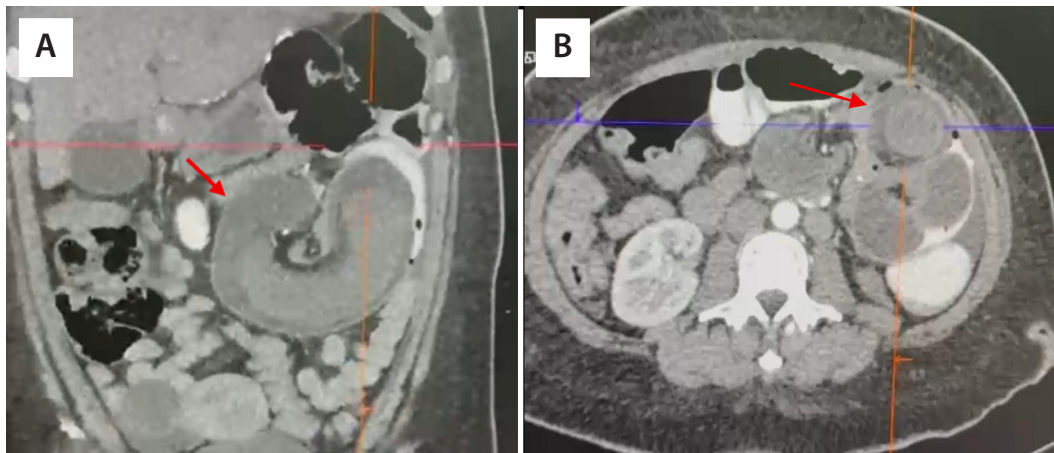
Intususcepción yeyuno-yeyunal e isquemia intestinal, después de dos años de una derivación gástrica en Y de Roux en paciente con hipotiroidismo y anemia ferropénica.

### Discusión

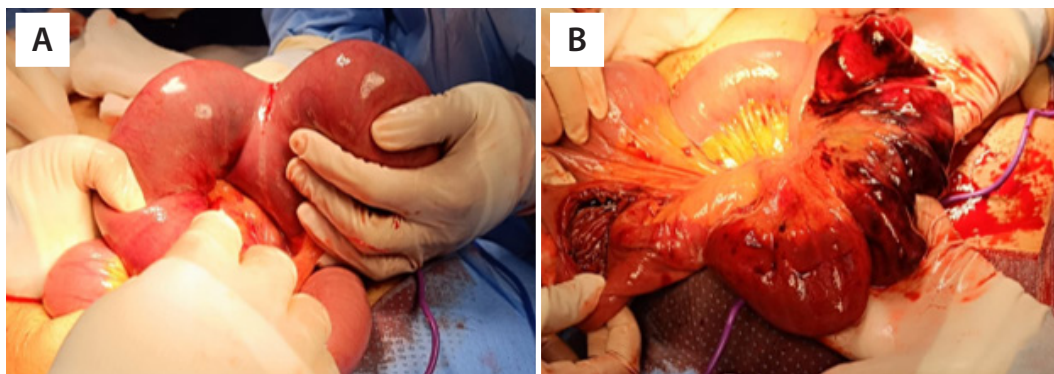
La intususcepción en el adulto es una entidad poco frecuente y presenta características clínicas y fisiopatológicas distintas a las observadas en la población pediátrica. La intususcepción adquiere una particular relevancia en la práctica clínica, debido a su presentación atípica y a los desafíos diagnósticos y terapéuticos que plantea. Heersche S, *et al.*, describen que la intususcepción en adultos es responsable de entre el 1 % al 5 % de los casos de obstrucción intestinal. Además, la mayoría de las intususcepciones en este grupo de edad son de origen entérico y de naturaleza benigna; sin embargo, se ha documentado la presencia de malignidad en hasta el 68 % de las intususcepciones de localización colocolica; por lo tanto, resalta la importancia de realizar una evaluación quirúrgica oportuna y exhaustiva<sup>7</sup>.



**Figura 1.** Se observa gastropatía erosiva y presencia de restos hemáticos a nivel de la anastomosis gastroyeyunal (flecha azul), compatible con sangrado digestivo alto en el contexto postquirúrgico.



**Figura 2.** Hallazgos radiológicos. **(2A)** Corte coronal de tomografía computarizada abdominal que muestra el signo de la «salchicha», caracterizado por una imagen tubular alargada correspondiente a un segmento de intestino delgado (asa yeyunal) invaginado dentro de otro segmento intestinal (flecha roja). **(2B)** Corte axial de tomografía computarizada abdominal donde se evidencia el signo de la «diana» o de la «rosquilla», representado por anillos concéntricos de diferente densidad, correspondientes a las paredes intestinales superpuestas del asa intususceptada y el asa receptora (flecha roja), hallazgo clásico de intususcepción intestinal.



**Figura 3.** Hallazgos transquirúrgicos. **(3A)** Imagen de intususcepción retrograda. **(3B)** Asa intestinal con necrosis y perforación posterior a reducción de intususcepción.

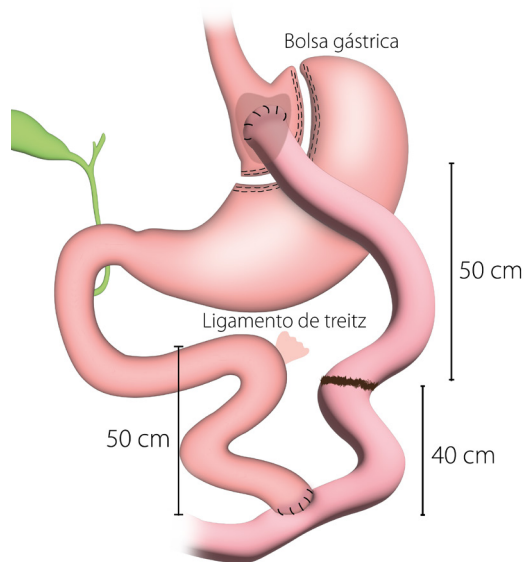
La intususcepción se clasifica según la dirección de la invaginación en anterógrada (peristáltica) y retrógrada (antiperistáltica).

La forma anterógrada es la más común y ocurre cuando el segmento proximal se invagina hacia el distal siguiendo la dirección normal de la peristalsis. En contraste, la retrógrada se produce cuando un segmento distal se invagina en sentido contrario, como se ha descrito sobre todo en situaciones posoperatorias específicas. Todos los casos presentados por Edwards *et al.* fueron posteriores a un año de realizada la operación<sup>8</sup>.

Aún no es clara la causa del desarrollo intususcepción; sin embargo, se han propuesto diversas teorías. En una revisión, Duane *et al.*, se han postulado que las líneas de sutura podrían actuar como punto guía para la invaginación; sin embargo, no está claramente establecido si la sección intestinal modifica la motilidad y favorece un incremento del peristaltismo retrógrado. Esta hipótesis podría explicar la mayor proporción de intususcepción retrógrada descrita tras la derivación gástrica<sup>9</sup>.

La tomografía computarizada es la prueba de elección con una sensibilidad del 100 %<sup>10</sup>. Con la consolidación de la derivación gástrica como procedimiento de elección para el tratamiento de la obesidad mórbida, se han reconocido complicaciones a corto, mediano y largo plazo. Entre las complicaciones tardías más frecuentes se incluyen la hernia interna, la úlcera marginal y la estenosis anastomótica.

En contraste, la intususcepción constituye una complicación infrecuente, hasta el punto de no ser mencionada en la mayoría de las series que analizan eventos adversos tardíos posteriores a la derivación gástrica<sup>4</sup>. Por otro lado, una revisión de la literatura revela que la presentación de estos pacientes es altamente variable. El síntoma más identificado es el dolor abdominal desproporcionado en relación con los hallazgos físicos. Las náuseas y los vómitos son manifestaciones clínicas frecuentes, mientras que, la hematemesis se presenta de forma ocasional. En la mayoría de los casos, el examen físico no evidencia signos de compromiso clínico grave<sup>11</sup>.



**Figura 4.** Reconstrucción de la derivación gástrica posterior a resección intestinal.

A pesar de lo anterior, la relación entre la derivación gástrica en Y de Roux y la intususcepción está bien documentada. Los estudios han reportado tasas de incidencia variables, en un metaanálisis de 2021 que incluyó a 74 estudios con 191 pacientes, reveló una incidencia combinada del 0,64 % tras la derivación gástrica en Y de Roux, con un intervalo medio de 52 meses entre la derivación gástrica en Y de Roux y la aparición de la intususcepción. Los factores de riesgo asociados con la intususcepción posderivación gástrica en Y de Roux incluyen el sexo femenino (98 %) y la pérdida de peso postoperatoria significativa, descrita como > 65 % del exceso de peso<sup>12</sup>.

Los datos publicados que evalúan el diagnóstico radiológico de la invaginación en adultos son limitados. Las opciones de imagen incluyen estudios de radiocontraste gastrointestinal superior, ultrasonografía y tomografía computarizada. La tomografía computarizada ahora se considera la modalidad de elección para diagnosticar invaginación en adultos, con una precisión diagnóstica reportada del 80 %. Esta fue, indudablemente, diagnóstica en paciente, con el signo de «diana», patognomónico en las imágenes axiales, y una masa en forma de salchicha vista en las imágenes sagitales reconstruidas. Se debe recomendar la tomografía computarizada para todos los pacientes bariátricos que presenten síntomas abdominales<sup>11</sup>.

En un estudio realizado en el Hospital Universitario Skåne (Suecia), se identificaron hallazgos tomográficos asociados con mayor probabilidad de requerir intervención quirúrgica urgente. En particular, una longitud de la intususcepción > 100 mm y la presencia de dilatación intestinal proxi-

mal en la tomografía computarizada se correlacionaron con obstrucción intestinal clínicamente significativa<sup>13</sup>. El tratamiento quirúrgico implica la resección de la yeyuno-yeyunostomía y la reconstrucción de una nueva yeyuno-yeyunostomía idealmente. La reducción simple y la reducción con plegado del intestino conllevan una mayor tasa de recurrencia<sup>14</sup>. A pesar del tratamiento, la tasa de recurrencia es de aproximadamente 0,2 % con una mortalidad entre 1 % y 16 %<sup>15</sup>.

En los estudios de casos reportados y revisados para esta presentación, la intususcepción posterior a una derivación gástrica en Y de Roux se registra como una complicación infrecuente, pero con potencial mortal<sup>14</sup>. Esta complicación se ha descrito con mayor incidencia en mujeres, como ocurrió en el caso presentado. Se ha propuesto que las alteraciones en la coordinación peristáltica del asa alimentaria podrían generar focos de actividad motora aberrante que actúan como «marcapasos ectópicos». Dado que el marcapasos fisiológico intestinal se localiza en el duodeno, la modificación anatómica secundaria a la cirugía favorecería la aparición de estos focos ectópicos a lo largo del yeyuno, condicionando dismotilidad y, eventualmente, intususcepción retrógrada. El diagnóstico debe sospecharse ante un cuadro obstructivo en pacientes con antecedente quirúrgico y confirmarse mediante tomografía computarizada<sup>16</sup>.

El tratamiento quirúrgico mediante resección del segmento afectado y reconfección de la anastomosis es la estrategia más recomendada para reducir el riesgo de recurrencia. En conclusión, la intususcepción constituye una complicación posquirúrgica infrecuente, pero potencialmente grave en pacientes sometidos a cirugía bariátrica, cuyo diagnóstico puede verse retrasado debido a la presentación clínica inespecífica y a la baja sospecha inicial. El presente caso adquiere especial relevancia, al evidenciar una evolución severa, con necrosis intestinal extensa, que requirió resección quirúrgica, a diferencia de la mayoría de los casos reportados en la literatura, en los cuales el asa intestinal comprometida suele encontrarse viable y es susceptible de reducción. Este hallazgo amplía el espectro de severidad descrito para esta complicación y subraya la importancia de considerar la intususcepción dentro del diagnóstico diferencial del abdomen agudo en pacientes bariátricos. Además, aporta información valiosa para la comprensión de la fisiopatología, evolución clínica y abordaje terapéutico, y refuerza la necesidad de un alto índice de sospecha y de una intervención oportuna para prevenir desenlaces adversos.

## Aspectos éticos

La paciente otorgó su consentimiento informado para la publicación del caso con fines académicos y científicos. Se respetaron los principios éticos de la Declaración de Helsinki y las directrices internacionales para la investigación relacionada con la salud en seres humanos. Se garantizó la confidencialidad de la información y el anonimato de la paciente.

## Agradecimiento

Se expresa un especial agradecimiento a Ángel Díaz, jefe del servicio de cirugía, por su colaboración y asesoría en la elaboración de la Figura 4, correspondiente al esquema quirúrgico presentado en este artículo.

## Financiamiento

Los recursos de financiación de este proyecto de investigación provienen en su totalidad de aportes de los autores.

## Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad y sobrepeso. Ginebra: OMS; 2025. Fecha de consulta: 16 de octubre de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO). 8th IFSO Global Registry Report. Naples: IFSO; 2023. Fecha de consulta: 16 de octubre de 2025. Disponible en: <https://www.ifso.com/pdf/8th-ifso-registry-report-2023.pdf>
3. Ahmad H, Ibrahim R, el Lakis M. Intussusception at the jejunojunal anastomosis five years after RYGB: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2025;134(111746):111746. DOI: [10.1016/j.ijscr.2025.111746](https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2025.111746)
4. Sallaberry P, Fernández V, Díaz L. Intususcepción de entero-entero anastomosis en *bypass* gástrico: extraña pero grave complicación en cirugía bariátrica. *Cirujano General.* 2024;46(3):187-90. DOI: [10.35366/118730](https://doi.org/10.35366/118730)
5. Fryar C, Carroll M, Afful J, Ogden C. Obesity and severe obesity prevalence among adults: United States, 2021-2023. NCHS Data Brief, no. 508. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2024. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db508.htm>
6. Yáñez Lillo, Marcelo. Invaginación intestinal post *bypass* gástrico. *Rev Cir.* 2025;77(4). DOI: [10.35687/s2452-454920250042632](https://doi.org/10.35687/s2452-454920250042632)
7. Heersche S, Hirt J, Butti F, Hübner M, Hahnloser D, Joliat GR, Grass F. Intestinal intussusception in adults: a systematic review. *World J Surg.* 2025;49:2706-2716. DOI: [10.1002/wjs.70055](https://doi.org/10.1002/wjs.70055)
8. Edwards M, Grinbaum R, Ellsmere J, Jones D, Schneider B. Intussusception after Roux-en-Y gastric *bypass* for morbid obesity: case report and literature review of rare complication. *Surg Obes Relat Dis.* 2006;2(5):483-9. DOI: [10.1016/j.soard.2006.05.011](https://doi.org/10.1016/j.soard.2006.05.011)
9. Bag H, Karaisli S, Celik SC, Kar H, Tata F. A rare complication of bariatric surgery: retrograde intussusception. *Obes Surg.* 2017;27(11):3088-90. DOI: [10.1007/s11695-017-2878-0](https://doi.org/10.1007/s11695-017-2878-0)
10. González-Carreró C, Baleato-González S, García J, Sánchez S, Junquera S, Bravo M, *et al.* Intestinal intussusception in adults: location, causes, symptoms, and therapeutic management. *Radiología.* 2023;65(6):372-379. DOI: [10.1016/j.rx.2021.06.008](https://doi.org/10.1016/j.rx.2021.06.008)
11. McAllister M, Donoway T, Lucktong T. Synchronous intussusceptions following Roux-en-Y gastric *bypass*: case report and review of the literature. *Obes Surg.* 2009;19(12):1719-23. DOI: [10.1007/s11695-008-9797-z](https://doi.org/10.1007/s11695-008-9797-z)
12. Makani A, Hendrix A, Orcutt G, Stephenson C, Crafton T, Moffatt D. Management of recurrent intussusception after Roux-en-Y gastric *bypass*. *J Surg Case Rep.* 2024;2024(12):rjae778. DOI: [10.1093/jscr/rjae778](https://doi.org/10.1093/jscr/rjae778)
13. Zaigham H, Ekelund M, Lee D, Ekberg O, Regnér S. Intussusception after Roux-en-Y gastric *bypass*: correlation between radiological and operative findings. *Obes Surg.* 2023;33(2):475-81. DOI: [10.1007/s11695-022-06377-2](https://doi.org/10.1007/s11695-022-06377-2)
14. Efthimiou E, Court O, Christou N. Small bowel obstruction due to retrograde intussusception after laparoscopic Roux-en-Y gastric *bypass*. *Obes Surg.* 2009;19(3):378-80. DOI: [10.1007/s11695-008-9737-y](https://doi.org/10.1007/s11695-008-9737-y)
15. Kumar A, Ogbonda S, Persaud P, Shiwalkar N. Retrograde intussusception after Roux-en-Y gastric *bypass*. *Cureus.* 2020;12(6):e8825. DOI: [10.7759/cureus.8825](https://doi.org/10.7759/cureus.8825)
16. Doño A, Freitas JP, Foretia DA, Muenyi CS, Zalamea NN. Retrograde intussusception of jejunojunostomy after Roux-en-Y gastric *bypass* leading to small bowel obstruction: case report of a rare and serious complication. *Int J Surg Case Rep.* 2022; 107:107563. DOI: [10.1016/j.ijscr.2022.107563](https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.107563)