

Hemorragia digestiva y abdomen agudo peritonítico causado por diverticulitis yeyunal. Presentación de un caso

Gustavo A Nari, Ricardo Azar, Luis Feliu, Eduardo Moreno, Fernando Bonaparte

*Departamento de Cirugía, Clínica Sucre, Córdoba, Argentina.
Acta Gastroenterol Latinoam 2012;42:53-55*

Resumen

Presentamos el caso de una paciente que ingresa con abdomen agudo y hemorragia digestiva cuya etiología fue una diverticulosis yeyunal. La diverticulosis yeyunal, habitualmente asintomática, cuando tiene síntomas pueden ser diversos, oscilando de la anemia a la presentación como abdomen agudo. En la presente comunicación hacemos una revisión de la clínica de presentación, fisiopatología y tratamiento de esta patología infrecuente.

Palabras claves. Abdomen agudo, hemorragia digestiva, diverticulosis yeyunal.

Digestive bleeding and acute abdomen caused by jejunal diverticulosis. Case report

Summary

We present a patient with acute abdomen and digestive bleeding caused by jejunal diverticulosis. Jejunal diverticulosis, mainly asymptomatic, when is symptomatic have a wide clinical spectrum, ranging from chronic anemic syndrome to acute abdomen. In this communication, we reviewed the clinical presentation, the pathogenesis and the treatment this infrequent pathology.

Key words. Acute abdomen, digestive bleeding, jejunal diverticulosis.

La diverticulosis yeyuno-ileal es una entidad de presentación poco frecuente, siendo el Duodeno el sitio de asiento más frecuente dentro del intestino delgado.¹⁻⁴

Si bien un alto porcentaje de pacientes son asintomáticos, cuando los divertículos dan síntomas, éstos son variados y oscilan desde un síndrome anémico crónico hasta un abdomen agudo. En la presente comunicación, presentamos una paciente cuya diverticulosis yeyunal se manifestó con sangrado y abdomen agudo, haciendo el caso más raro aún.

Caso clínico

Se presenta una paciente de 54 años de edad que ingresó por dolor abdominal, enterorragia, náuseas, vómitos y fiebre. La paciente había sido vista 48 horas antes de su ingreso en otro centro por dolor abdominal y enterorragia, y fue medicada con antibióticos, con diagnóstico de gastroenteritis enteroinvasiva. La exploración física al ingreso mostró una paciente con facies tóxica, febril (38,3° C) taquicárdica y taquipneica. El abdomen tenía contractura, defensa generalizada y signo de Guenau de Mussy franco. El laboratorio mostró leucocitosis y anemia moderada. La radiografía simple de abdomen presentó niveles hidro-aéreos centro-abdominales sin presencia de neumoperitoneo. La ecografía abdominal informó líquido libre en cavidad abdominal principalmente en fondo de saco de Douglas, corredera parieto-cólica derecha y espacio de Morrison. Por las condiciones generales de la paciente y con diagnóstico de abdomen agudo peritonítico, se decidió realizar una laparotomía exploradora en la que se observó una peritonitis generalizada secundaria a la perforación de un divertículo yeyunal dentro de una diverticulosis yeyunal ubicada en el borde mesenté-

*Correspondencia: Gustavo A Nari
Clínica Sucre. Santa Rosa 770, Córdoba, Argentina.
E-mail: gusnari@hotmail.com*

rico que comprometía más de un metro de intestino delgado. Se procedió a la resección segmentaria de aproximadamente 30 cm que incluyeron el divertículo perforado y los que impresionaron con mayor afectación inflamatoria. Se realizó una anastomosis término-terminal en un solo plano, el lavado profuso de la cavidad abdominal, la colocación de drenajes y el cierre (Figuras 1 y 2).

La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta al sexto día de postoperatorio, encontrándose asintomática un año después de la cirugía. La anatomía patológica informó diverticulosis yeyunal adquirida. En el postoperatorio se interrogó nuevamente a la paciente y refirió que desde hacía más de 20 años padecía de dolor abdominal recurrente centro-abdominal, por el cual había sido medicada en múltiples oportunidades. También manifestó cuadros de anemia que habían sido tratados con aporte de hierro en cinco ocasiones.

Figura 1. Divertículo yeyunal con bisturí en su interior.

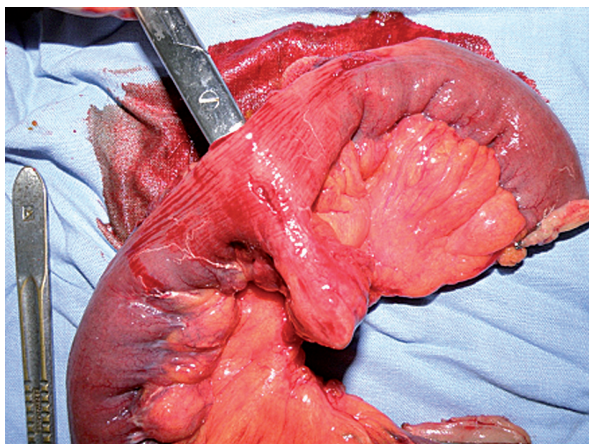
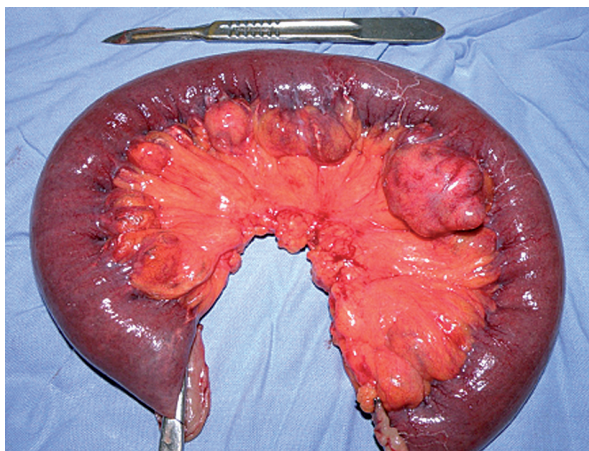


Figura 2. Pieza operatoria con múltiples divertículos.



Discusión

La diverticulosis yeyuno-ileal no meckeliana es una entidad de presentación rara y, según algunos autores, oscila entre 0,1% y 1,4%.² Los divertículos de intestino delgado pueden ser verdaderos o falsos. Los primeros son considerados de origen congénito, contienen histológicamente todas las capas de la pared intestinal, su ubicación principal es a nivel duodenal y, en los raros casos en que tienen asiento en yeyuno o íleon, lo hacen en su mayoría en el borde anti-mesentérico y son habitualmente únicos, aunque pueden ser múltiples. Los segundos son considerados adquiridos y están constituidos por mucosa que se hernia a través de los puntos de ingreso vascular a la pared intestinal. Por ende, fisiopatogénicamente son producidos por pulsión y se ubican en el borde mesentérico, pudiendo ser únicos o múltiples.¹ La mayoría de los divertículos son asintomáticos y muchos de ellos son hallazgos casuales durante estudios por otras patologías. Según algunos autores alrededor del 42% son asintomáticos y en el seguimiento ulterior de varios años el 82% permanecen asintomáticos.⁵ Cuando se manifiestan lo pueden hacer de manera aguda como en el caso presentado, a través de una perforación con abdomen agudo, una hemorragia digestiva, una obstrucción intestinal o una combinación de algunos de ellos. Según algunos autores las presentaciones agudas ocurrirían entre el 6% y el 13% de los casos, siendo la perforación la forma más frecuente (7%), seguida por la obstrucción (3%) y la hemorragia (2,7%).² También pueden manifestarse de manera crónica a través de un dolor abdominal crónico, un síndrome de malabsorción o un síndrome anémico, dos de los cuales había padecido nuestra paciente antes de debutar con una forma aguda.^{6,7}

Dentro de los métodos complementarios de diagnóstico, éstos se seleccionan de acuerdo a la forma clínica de presentación, considerándose de utilidad los estudios contrastados de tubo digestivo, los exámenes endoscópicos, la tomografía axial computada, la ecografía, los estudios angiográficos o la centellografía. Finalmente, si es necesario, pueden incluirse la laparoscopia diagnóstica y la laparotomía.^{3,8,9}

El tratamiento depende de la forma clínica de presentación. Si la misma es un abdomen agudo por perforación diverticular y peritonitis, la laparotomía o la laparoscopia con resección son los pro-

cedimientos a elegir, como se hizo en el caso presentado.^{9,10} La oclusión intestinal o la hemorragia digestiva profusa que no responde al manejo médico o intervencionista son también tributarias de un procedimiento quirúrgico de resección. Cuando los divertículos son asintomáticos pero conocidos, la actitud debe ser expectante. En los casos de dolor abdominal causado por una inflamación diverticular el tratamiento con antibióticos y anti-inflamatorios suele ser suficiente. Lo mismo sucede en casos de anemia crónica leve en los que el manejo debe ser de tipo médico.

Para concluir, es importante conocer la existencia de la diverticulosis yeyuno-ileal y tenerla presente dentro de los diagnósticos diferenciales de dolor abdominal crónico, síndrome malabsortivo y anemia de etiología no determinada, principalmente en pacientes que, como la nuestra, llevan varios años con esa sintomatología. Finalmente y coincidiendo con otros autores, el tratamiento debe proponerse de manera individual y acorde al caso.⁹

Referencias

1. Cywes S, Millar AJW. Embryology and anomalies of the intestine. In: Bockus, ed. Gastroenterology. 5th edition. Philadelphia: WB Saunders Company, 1994;2:912.
2. Huguenin A, Tirveilliot F, Dell'Erba U, Fabre S, Triboulet JP, Durand F. Acquired jejunal and ileal diverticula (Meckel's excluded). *Ann Chir* 1999;53:522-526.
3. Kirbaş I, Yildirim E, Harman A, Başaran O. Perforated ileal diverticulitis: CT findings. *Diagn Interv Radiol* 2007;13:188-189.
4. Vanrykel F, Pattyn P, Vuylsteke P, Smet B. Perforated jejunal diverticulitis: a rare presentation of acute abdomen. *Acta Chir Belg* 2010;110:367-369.
5. Tsiotos GG, Farnell MB, Ilstrup DM. Nonmeckelian jejunal or ileal diverticulosis: an analysis of 112 cases. *Surgery* 1994;116:726-731.
6. Palder SB, Frey CB. Jejunal diverticulosis. *Arch Surg* 1988;123:889-894.
7. Lempinen M, Salmela K, Kemppainen E. Jejunal diverticulosis: a potentially dangerous entity. *Scand J Gastroenterol* 2004;39:905-909.
8. Greenstein S, Jones B, Fishman EK, Cameron JL, Siegelman SS. Small-bowel diverticulitis: CT findings. *AJR Am J Roentgenol* 1986;147:271-274.
9. Makris K, Tsiotos GG, Stafyla V, Sakorafas GH. Small intestinal nonmeckelian diverticulosis. *J Clin Gastroenterol* 2009;43:201.
10. Rosing MA, Amory S. Perforated ileal diverticulitis. An atypical presentation with definitive diagnosis by laparoscopy. *Surg Endosc* 1995;9:522-524.