

Divertículo duodenal como causa de sangrado de tubo digestivo. Informe de un caso y revisión de la literatura

Juan Jacobo Martínez Zárate,* José Manuel Correa Roveló,**
Víctor Visag Castillo, Diego García Vivanco,* Lucero Reyes Espejel*

Resumen

Introducción. La primera descripción fue realizada por el patólogo Francés Chomel en 1710, el divertículo duodenal es relativamente común, representando el segundo sitio más frecuente de formación de divertículos posterior al colon. La incidencia varía dependiendo de la edad del paciente y el método diagnóstico. La localización más frecuente de divertículos es la segunda porción del duodeno dentro de 2.5 cm del ampulla. El diagnóstico se puede realizar endoscópicamente, con estudio contrastado de rayos X del tubo digestivo alto, arteriografía selectiva, y como hallazgo transoperatorio. El objetivo de este estudio es analizar la presentación clínica del divertículo duodenal su diagnóstico y tratamiento. **Caso clínico.** Masculino de 61 años de edad que se presenta con sangrado de tubo digestivo bajo originado de un divertículo localizado en la segunda porción del duodeno. El diagnóstico se realizó con estudio de panendoscopia y se confirmó con una serie esófago/gastroduodenal. **Discusión.** Es importante recordar que la mayoría de los divertículos son asintomáticos y de forma usual se identifican incidentalmente. Los síntomas son generalmente vagos. Los pacientes pueden presentarse con síntomas crónicos como la esteatorrea y el dolor abdominal intratable o con síntomas agudos de sangrado gastrointestinal o perforación con una alta mortalidad. **Conclusiones.** El sangrado de tubo digestivo bajo puede ser una presentación del divertículo duodenal.

Palabras clave. Divertículo duodenal, sangrado de tubo digestivo, endoscopia.

Abstract

Background. First described by Chomel, a French pathologist, in 1710, diverticula of the duodenum are relatively common, representing the second most common site for diverticulum formation after the colon. The incidence is varied depending on the age of the patient and the method of diagnosis. Localization of the diverticular in the second portion of the duodenum is most commonly in the second part of the duodenum usually within 2.5 cm of the ampulla. Diagnosis is made by endoscopy, contrast X-rays of the upper gastrointestinal tract, selective arteriography and as a transoperative finding. The objective of this study was to analyze the clinical presentation of duodenal diverticulum diagnosis and treatment. **Clinical case.** We report the case of an 61-year-old male presenting with down digestive tract hemorrhage due to diverticulum located in the second portion of the duodenum. Diagnosis was made with endoscopy study and confirmed with barium esophagus/gastroduodenal series. **Discussion.** It is important thing to remember is that the overwhelming majority of duodenal diverticula are asymptomatic and are usually noted incidentally. Symptoms are generally vague. Patients may present with chronic complaints such as stasis-induced steatorrhea and intractable abdominal pain, or with acute symptoms gastrointestinal bleeding, perforation with high mortality. **Conclusion.** Down digestive tract hemorrhage can be the presentation of diverticula duodenum.

Key words. Duodenal diverticulum, digestive tract bleeding, endoscopy.

INTRODUCCIÓN

El divertículo duodenal fue descrito por Chomel en 1710.¹ En 1951 Patterson y Bromberg describieron el primer caso de hemorragia de tubo digestivo alto por divertículo duodenal. La incidencia del divertículo duodenal es variable dependiendo de la edad del paciente y del método diagnóstico.

Los estudios radiográficos de tubo digestivo diagnostican enfermedad diverticular del duodeno del 1 al 5%, y

en series de autopsia la incidencia es del 15 al 20%.² Se pueden clasificar como congénitos o adquiridos, verdaderos o falsos, intraluminales o extraluminales.¹

Dos tercios de los divertículos duodenales se localizan en un margen dentro de 2 cm del ampulla de Váter localizados principalmente en cara medial. Los divertículos duodenales son poco comunes antes de los 30 años y su incidencia se incrementa entre 50 y 60 años.^{1,3,4}

La mayoría de los divertículos son asintomáticos, siendo sintomáticos 10% de los mismos, los síntomas más co-

* Residente de Cirugía General primer año Médica Sur.

** Director de Cirugía General y Profesor titular del Curso de Posgrado de Cirugía General de la Universidad La Salle.

munes son inespecíficos como dolor abdominal, náuseas, vómito, melena, hematemesis e ictericia, como patogenia se ha postulado que son las fuerzas de pulsión que producen herniación de la mucosa, submucosa a través de la pared intestinal, siendo el defecto de la pared el sitio de entrada de los vasos perforantes o por el ámpula de Váter.¹

Menos de 5% de los divertículos requieren manejo quirúrgico debido a sus complicaciones, siendo las complicaciones mayores obstrucción de la vía biliar o ductos pancreáticos que pueden favorecer el desarrollo de colangitis y pancreatitis, respectivamente, hemorragia, perforación y de forma más rara el síndrome de asa ciega.¹

Sólo los divertículos asociados con el ámpula de Váter son los que más se asocian al desarrollo de colangitis y pancreatitis.

CASO CLÍNICO

Masculino de 61 años de edad, sedentario, portador de diabetes mellitus tipo 2 diagnosticado en el 2006, controlado con hipoglucemiantes orales e hipertrigliceridemia tratado con fibratos; tabaquismo positivo, alcoholismo positivo de una a cinco copas de whisky al día. Antecedentes quirúrgico apendicectomía abierta 1981, drenaje hematoma de pared abdominal por trauma contuso de abdomen cerrado en 1983, colecistectomía abierta 1987, artroplastia codo derecho en 1985, plastia inguinal bilateral 2001, transfusionales en dos ocasiones. Cuenta con antecedente de gastroenteritis infecciosa de cuatro días, previo a su ingreso, tratado con ciprofloxacino. El paciente ingresó al Servicio de Urgencias por referir evacuaciones acompañadas de sangre de color rojo vivo negando otra sintomatología. A la exploración física tensión arterial 90/60 mmHg, peristalsis incrementada a nivel de fosa ilíaca izquierda y flanco izquierdo, a la exploración rectal con presencia de huellas de sangrado sin lesión en la comisura anal, tacto rectal con aparato esfinteriano de adecuado tono a la contracción voluntaria y en reposo, con ámpula rectal vacía; a la salida del guante explorador se observa presencia de material rojo vinoso. El laboratorio de ingreso reporto hemoglobina de 10.4 g/dL. Se realiza reposición de volumen y colocación de sonda nasogástrica con resultado positivo para sangrado de tubo digestivo alto. Una vez estabilizado el paciente se realiza panendoscopia.

En la colonoscopia se evidencian múltiples divertículos no sangrantes al momento del estudio logrando acceso hasta ángulo hepático se da por terminado estudio colonoscópico y se procede a realizar endoscopia alta en la

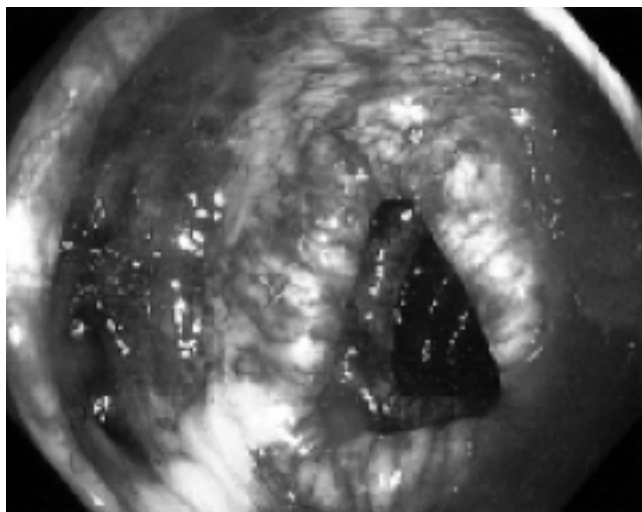


Figura 1. Colon transverso con datos compatibles de sangrado de tubo digestivo.

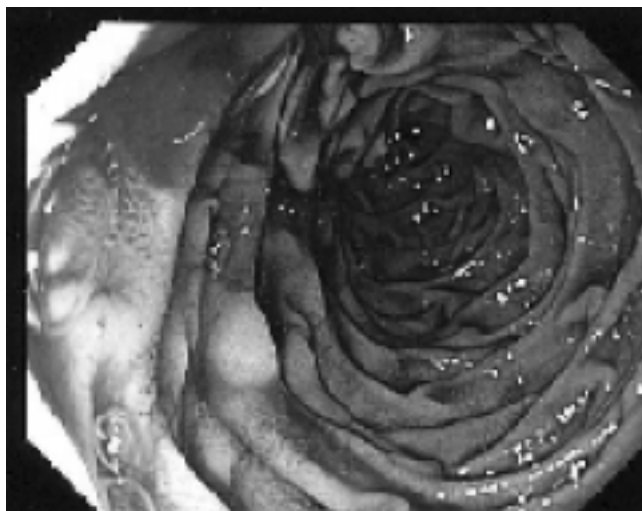


Figura 2. Segunda porción del duodeno cara medial imagen con sangrado divertículo duodenal.

cual se tienen como hallazgos erosión de la mucosa a nivel de la unión esofagogástrica, y gastritis leve, además de evidenciarse hemobilia a nivel de la segunda porción del duodeno con imagen de divertículo con mucosa desfacelada y presencia de coágulo dentro de la luz duodenal (Figuras 1-3).

Se da por terminado el estudio de forma satisfactoria, durante el procedimiento el paciente desatura hasta 34% y ante el riesgo de sangrado y perforación se decide el egreso a la Unidad de Terapia Intensiva para vigilancia de parámetros hemodinámicos y datos de sangrado de tubo di-

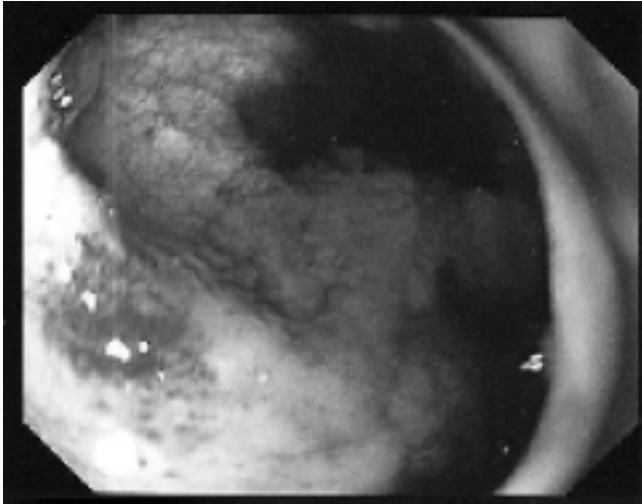


Figura 3. Endoscopio dentro del divertículo duodenal con desfazamiento de la mucosa diverticular.

gestivo, permaneciendo en dicha unidad durante dos días con adecuada estabilidad clínica, se toman nuevamente estudios de laboratorio con reporte de hemoglobina de 7.4 g/dL requiriendo la transfusión de dos concentrados eritrocitarios. Es egresado a piso donde se inicia tolerancia a la vía oral y se realiza serie esófago gastroduodenal en la cual se evidencia divertículo duodenal en la segunda porción del duodeno cara medial (Figura 4).

Se mantiene en vigilancia con evolución clínica favorable decidiéndose su egreso al cuarto día de estancia hospitalaria por mejoría significativa del cuadro de ingreso sin datos de sangrado o perforación.

DISCUSIÓN

La hemorragia de tubo digestivo es un motivo importante de consulta en urgencias. La mayoría requieren un manejo inmediato ante la posible inestabilidad hemodinámica e incremento de la morbimortalidad. El diagnóstico de los divertículos duodenales presenta dificultad debido a que no existe una presentación característica, siendo los síntomas vagos e inespecíficos. Los divertículos duodenales son raros y menos de 5% requieren manejo quirúrgico.^{2,5,6} La incidencia de los divertículos duodenales es incierta y varía de 0.16% a 5.76% en los hallazgos radiológicos y hasta 20% en los pacientes sometidos a autopsia. Generalmente se localizan a 2 cm del ampulla de Vater en la segunda porción del duodeno.

Se asocian con otras lesiones del tracto digestivo como divertículos colónicos, úlcera péptica y hernia hiatal aun-

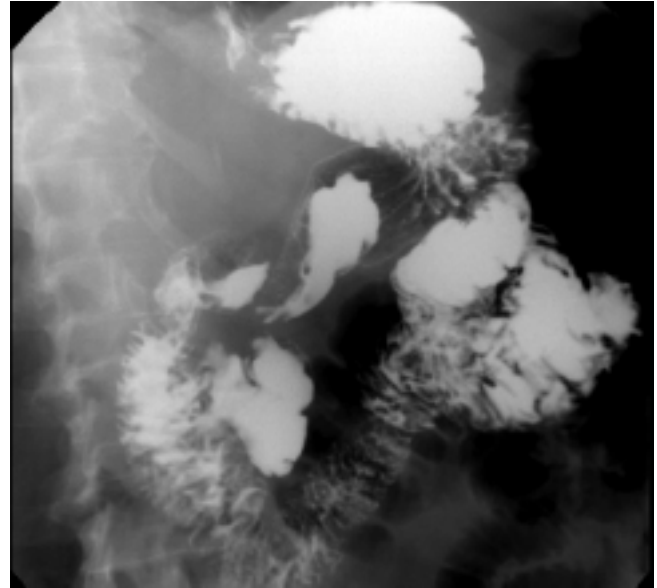


Figura 4. Serie esófago gastroduodenal. Divertículo cara medial segunda porción duodenal.

que pareciera que la asociación va en relación con la edad del paciente, tal asociación se presentó en nuestro caso. El estudio de mayor sensibilidad para la detección de divertículos duodenales es la endoscopia de tubo digestivo alto con una capacidad de detección de hasta 20%. La serie esófago gastroduodenal resulta útil pese a la baja sensibilidad diagnóstica de 1 a 5%. En este caso, el estudio endoscópico fue el que permitió realizar el diagnóstico; sin embargo, la serie esófago gastro duodenal con bario fue el estudio radiológico que aportó la información más importante para el diagnóstico definitivo. Si bien la sensibilidad es baja consideramos que es el estudio que nos permite una mejor dimensión del problema.

El tratamiento quirúrgico en divertículos asintomáticos no está justificado, por el contrario, en el paciente pediátrico el tratamiento de elección es quirúrgico para evitar una serie de complicaciones. En el caso de los divertículos duodenales, el tratamiento de elección es la diverticulectomía simple de forma abierta,^{7,8} otras opciones son por vía endoscópica con clipaje o inyección de epinefrina. Actualmente la embolización arterial selectiva está considerada como una opción más en el tratamiento del divertículo duodenal.

La hemorragia del tubo digestivo secundario a un divertículo duodenal se presenta con una evolución clínica inespecífica, debiendo pensarse como etiología del sangrado al no lograr identificar otra fuente de sangrado.

REFERENCIAS

1. Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Small intestine. Sabiston. Textbook of Surgery. Canada: Elsevier; 2008, p. 1318-20.
2. Mehdi A, Closset J, et al. Duodenal diverticula diagnosis and management of complicated forms: report of two clinical cases and review of the literature. *Kao Hsinung I Hsueh Ko Hsueh Tsa Chic* 1993; 9(8): 488-93.
3. Chuang JH, Chan HM, et al. Enterolith ileus as a complication of duodenal diverticulosis-one case report and review of the literature. *Surgery* 1988; 104(1): 74-8.
4. Beachley MC, Lankaun CA. Inflamed duodenal diverticulum. Preoperative radiographic diagnosis. *Am J Dig Dis* 1977; 22(2): 149-54.
5. Brzot-Andersen B, Amstrup JH. Duodenal diverticulum. Report of a case and review of published cases. *GEN* 1977; 31(4): 325-34.
6. Duarte B, Nagy KK, et al. Perforated duodenal diverticulum. *Br J Surg* 1992; 79(9): 877-81.
7. Balkissoon J, Balkissoon B, Leffal LD Jr, et al. Massive upper gastrointestinal bleeding in a patient with a duodenal diverticulum: a case report and review of the literature. *J Natl Med Assoc* 1992; 84: 365-7.
8. Yin WY, Chen HT, Huang SM, et al. Clinical analysis and literature review of massive duodenal diverticular bleeding. *World J Surg* 2001; 25: 848-55.

Correspondencia:

Juan Jacobo Martínez Zárate,
Calzada de la Viga No.1187,
Col. Militar Marte 08840,
México. D.F. Tel.: (01) 5634-7049.
Correo electrónico: martinez_z_juan@hotmail.com