

ANALES MEDICOS

Volumen **48**
Volume

Número **2**
Number




Abril-Junio **2003**
April-June

Artículo:




Divertículo duodenal como causa de
dolor abdominal crónico

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Médica del American British Cowdray Hospital, AC

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Divertículo duodenal como causa de dolor abdominal crónico

Edmundo Guadarrama Pérez,* Susana Monroy Santoyo,*
Carlos Belmonte Montes,* César Decanini Terán*

RESUMEN

Pese a que el duodeno constituye el segundo sitio más frecuente para el desarrollo de divertículos en el tubo digestivo (después del colon), únicamente un grupo limitado de pacientes desarrollan sintomatología asociada a su presencia. Presentamos el caso de un paciente masculino de 52 años de edad con dolor abdominal crónico de 16 años de evolución, sin respuesta a múltiples tratamientos, el cual se somete a un protocolo de estudio que documenta la presencia de un divertículo duodenal, sin otra patología digestiva por lo cual es sometido a diverticulectomía simple. Cursó con evolución satisfactoria y es egresado al sexto día posoperatorio. Al seguimiento actual de 24 meses se encuentra completamente asintomático. Se discuten las estrategias diagnósticas y las modalidades terapéuticas existentes reportadas en la literatura.

Palabras clave: Divertículos, divertículo duodenal, diverticulectomía, dolor abdominal.

INTRODUCCIÓN

Los divertículos duodenales son poco frecuentes en pacientes menores de 30 años y tienen su mayor incidencia entre los 50 y 65 años de edad. Constituyen un reto diagnóstico y terapéutico debido a su presentación inespecífica. Generalmente se establece su presencia mediante estudios tales como endoscopia, series esofagogastroduodenales con bario y duodenografía. También puede establecerse el diagnóstico como hallazgo transoperatorio.¹

ABSTRACT

Even when the duodenum constitutes the second most frequent site for the development of diverticula (after the colon), only a limited group of patients develop symptomatology associated to their presence. We present the case of a 52 year male, with a 16 year chronic abdominal pain which did not respond to several treatments and who was submitted to a full study protocol, establishing the diagnosis of duodenal diverticula with no other associated pathology. Hence, simple diverticulectomy was performed successfully discharging the patient after 6 days, after a 24 month follow up, the patient is completely asymptomatic. Diagnostic strategies and existent therapeutic modalities are discussed as reported in literature.

Key words: Diverticula, duodenal diverticula, diverticulectomy, abdominal pain.

El duodeno constituye el segundo sitio más frecuente para la presencia de divertículos en el tubo digestivo después del colon y son detectados incidentalmente durante el estudio de otras patologías gastrointestinales.² A diferencia de los divertículos colónicos, los duodenales difícilmente producen sintomatología tal vez debido a su mayor tamaño, al flujo intraluminal aumentado y a que el contenido duodenal es relativamente estéril. Sin embargo, los divertículos duodenales desarrollan sintomatología clínica hasta en un 5% de los casos, puede deberse a diverticulitis, hemorragia, obstrucción, neumoperitoneo y malabsorción en el caso del desarrollo de fístulas duodenocolónicas; en algunas ocasiones pueden condicionar dolor abdominal crónico.³

* Departamento de Cirugía. Centro Médico ABC.

Recibido para publicación: 02/12/01. Aceptado para publicación: 25/06/02.

Dirección para correspondencia: Dr. César Decanini Terán
Centro Médico ABC. Sur 132 núm. 116,
Primer Piso Letra A
Col. las Américas, 01120, México, D.F.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 52 años de edad, sedentario, con antecedentes de tabaquismo in-



Figura 1.

tenso a razón de una cajetilla por día, con alimentación baja en grasas, hipertensión arterial sistémica controlada de tres años de evolución y hemorroidectomía hace ocho años. Durante el interrogatorio, el paciente refirió dolor abdominal de 16 años de evolución, de moderada intensidad, ocasional, de tipo cólico, localizado en epigastrio e irradiado hacia mesogastrio, sin otra sintomatología asociada; el dolor se presentaba hasta en dos ocasiones por mes, lo que motivó distintas valoraciones médicas, estableciéndose diversos manejos con antiespasmódicos y bloqueadores H2 sin obtener respuesta.

Durante el último año, el dolor incrementó su frecuencia, hasta cuatro veces por semana, acompañándose de distensión abdominal posprandial y náusea sin llegar al vómito. Se intensificó y aumentó en la duración de los episodios de dolor, cediendo parcialmente después de la ingesta de procinéticos.

A la exploración física se encuentra a un paciente bien hidratado, con buena coloración de te-

gumentos, sin alteraciones en cabeza ni cuello. El tórax se exploró clínicamente normal. Se encontró un abdomen distendido, timpánico, sin hiperestesia ni hiperbaralgesia, con dolor de gran intensidad a la palpación profunda en epigastrio y mesogastrio, peristalsis activa, sin visceromegalias ni masas palpables, sin datos de irritación peritoneal. Las extremidades se encontraban íntegras y sin alteraciones.

Tres meses antes de ser valorado en el Centro Médico ABC, fue sometido a ultrasonido hepático y de vías biliares en el cual se observaron vesícula e hígado normales y endoscopia en la que no se encontró ninguna alteración en estómago ni en duodeno. Asimismo, se realizó tomografía computarizada con resultados normales. Debido a la persistencia de la sintomatología, se realizó serie esofagogastroduodenal con bario, la cual evidenció un divertículo en la tercera porción de duodeno en el borde mesentérico (*Figuras 1 y 2*).



Figura 2.

En vista de los hallazgos y la persistencia de la sintomatología sin otra explicación se decidió programar al paciente para cirugía. Se realizó incisión en línea media, supra e infraumbilical abordando cavidad abdominal, se realiza maniobra de Kocher extensa, exponiendo el duodeno en su totalidad y localizando el divertículo en la tercera porción del duodeno, el cual se encontraba adherido a la cabeza del páncreas, siendo necesaria su disección, exponiendo completamente el divertículo con una base de aproximadamente 3 cm y un diámetro mayor de 5 cm. Una vez identificado el divertículo, se realizó diverticulectomía con engrapadora TA 90 mm, invaginando la línea de grapas con seda.

El paciente evolucionó satisfactoriamente, con mínimas molestias posoperatorias. Inició vía oral al cuarto día posoperatorio. Es egresado por mejoría al sexto día después de su cirugía.

El estudio histopatológico demostró un divertículo duodenal de 4.3 x 3.5 x 2.5 cm con una superficie externa lobulada con pared hemorrágica, con mucosa granular en su superficie externa e interna sin mucosa ectópica.

DISCUSIÓN

El diagnóstico clínico de los divertículos duodenales presenta dificultad debido a que no existe una presentación característica; generalmente los síntomas son vagos e inespecíficos y llevan a considerar otras entidades más frecuentes. La incidencia de los divertículos duodenales en la población general es incierta y varía entre 0.16 y 5.76% en los hallazgos radiológicos y hasta 22% en los pacientes sometidos a autopsia.² En su gran mayoría son extraluminales, adquiridos y no involucran todo el espesor de la pared duodenal, atribuyéndose su origen a un proceso cicatrizal. Generalmente se encuentran a 2.5 cm del ampulla de Vater, o en la primera porción del duodeno; en casos relativamente raros, como en el caso clínico descrito, se presentan en la tercera y cuarta porción duodenal.³

Se asocian frecuentemente a otras lesiones del tracto gastrointestinal como divertículos colónicos, úlcera péptica y hernia hiatal, aunque tal asociación parece ser consecuencia de la edad de los pacientes en los cuales se encuentran los divertículos duodenales (mayores de 50 años).¹¹

De acuerdo a los reportes de la literatura, el diagnóstico se ha basado casi exclusivamente en estudios contrastados del tubo digestivo superior, particularmente en la duodenografía hipotónica y en series esofagogastroduodenales. Sin embargo, también se reportan fallas en el diagnóstico de los divertículos duodenales por tales métodos. En estos casos, una endoscopia y en particular una duodenoscopia realizadas con la sospecha clínica de la presencia de un divertículo duodenal, utilizando visión lateral, deben contribuir a un diagnóstico acertado.⁴⁻⁷

El tratamiento de los divertículos duodenales varía según al tipo, localización y extensión del proceso inflamatorio. Se considera a la cirugía como el tratamiento definitivo para los divertículos duodenales; además, en caso seleccionados, la creciente experiencia en procedimientos de invasión mínima ha permitido el tratamiento de los pacientes con divertículos duodenales sintomáticos.⁶

La cirugía se encuentra reservada para 1 a 2% de los pacientes con divertículos duodenales, considerando aquellos enfermos con dolor abdominal persistente o complicaciones asociadas a la diverticulitis. Los procedimientos varían de acuerdo a las características del divertículo, y van desde diverticulectomía simple, hasta resecciones duodenales segmentarias con gastroyeyunostomía derivativa en los casos de diverticulitis complicada.^{2,13-15}

El procedimiento quirúrgico para la resección de divertículos del duodeno comprende la movilización extensa del segmento intestinal mediante la maniobra de Kocher, girando al duodeno en dirección a la línea media, hacia la izquierda, hasta identificar la cabeza del páncreas. Se disecciona completamente el divertículo hasta aislarlo en su totalidad. Una vez identificado, se realiza la duodenotomía reseccando las paredes del divertículo para después cerrar transversalmente el duodeno en dos planos,^{14,15} tal como se realizó en nuestro paciente, en cuyo caso en particular se aplicó la variante del uso de engrapadoras con posterior reforzamiento de seda, estableciéndose así los dos planos de cierre. Al seguimiento actual, el paciente se encuentra completamente asintomático, con resolución completa del cuadro de dolor abdominal, por lo que consideramos al divertículo duodenal como la causa del dolor abdominal crónico de este enfermo.

Los divertículos duodenales constituyen un trastorno poco frecuente, para cuyo diagnóstico se hace necesario excluir otras patologías del tubo digestivo superior y cuyo tratamiento debe ser individualizado de acuerdo a las características de cada paciente, siendo la cirugía una excelente alternativa de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Afridi, Fichtenbaum CJ et al. Review of duodenal diverticula. *Am J Gastroenterol* 1991; 86 (8): 935-938.
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 Hsiung I Hsueh Ko Hsueh Tsa Chih* 1993; 9 (8): 488-493.
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): 74-78.
4. Abdel-Hafiz AA, Birkett DH et al. Congenital duodenal diverticula: a report of three cases and a review of the literature. *Surgery* 1988; 104 (1): 74-78.
5. Johanns W, Jakobeit C et al. Endoscopic therapy in acute hemorrhage caused by duodenal diverticula. *Dtsch Med Wochenschr* 1996; 26; 121 (4): 90-93.
6. Dell'Osso A, Creti P et al. Duodenal diverticula. *Minerva Med* 1986; 77 (12): 469-478.
7. Gore RM, Ghahremani GG et al. Diverticulitis of the duodenum: clinical and radiological manifestations of seven cases. *Am J Gastroenterol* 1991; 86 (8): 981-985.
8. Scudamore CH, Harrison RC et al. Management of duodenal diverticula. *Can J Surg* 1982; 25 (3): 311-314.
9. Vladimirov B, Lorannov I. The relationship between duodenal diverticula, biliary tract and pancreatic diseases and their endoscopic treatment. *Khirurgiia* 1990; 43 (6): 34-40.
10. Banna P, Murabito R et al. Diverticula of the duodenum. Clinico-diagnostic and therapeutic considerations. *Chir Ital* 1976; 28 (6): 747-768.
11. Beachley MC, Lankau CA. Inflamed duodenal diverticulum. Preoperative radiographic diagnosis. *Am J Dig Dis* 1977; 22 (2): 149-154.
12. Diez CGJ. Intraluminal diverticulum of the duodenum. Report of a case and review of published cases. *GEN* 1977; 31 (4): 325-334.
13. Brzost-Andersen B, Amstrup JH. Duodenal diverticula. *Ugeskr Laeger* 1977; 159 (29): 45047.
14. Balkissoon J, Blakissoon B 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 (4): 365-367.
15. Duarte B, Nagy KK et al. Perforated duodenal diverticulum. *Br J Surg* 1992; 79 (9): 877-881.