

PRESENTACIÓN DE CASO

Divertículo duodenal perforado como causa de abdomen agudo quirúrgico

Perforated duodenal diverticulum as cause of surgical acute abdomen

Nizahel Estévez Álvarez,^I Juan Ramón Cruz Alonso,^{II} Nuria Rivero Martínez,^{III} Nisaber Máximo Estévez Trujillo,^{IV} Yosbani Bonachea Pérez^V

^I Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de Cirugía Cardiovascular. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular (ICCCV). La Habana, Cuba.

^{II} Máster en Urgencias Médicas. Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar de Cirugía General. Hospital General "Enrique Cabrera". La Habana, Cuba.

^{III} Máster en Enfermería. Profesora Auxiliar de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas "Enrique Cabrera". La Habana, Cuba.

^{IV} Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Consultante de Cirugía General. Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente. "Celia Sánchez Manduley". Granma, Cuba.

^V Especialista de I Grado en Cirugía General y en Medicina General Integral. Hospital General de Morón. Ciego de Ávila, Cuba.

RESUMEN

La enfermedad diverticular duodenal es considerada en el ámbito de la cirugía de vías digestivas como inusual. Por su parte, la complicación menos frecuente referida en la literatura médica lo constituye la perforación aguda, y cuando esta ocurre siempre se practicará tratamiento quirúrgico de urgencia. Resulta polémico llegar a un consenso general que dirija la metodología diagnóstica, debido a su atípica forma de presentación. La tomografía abdominal ha resultado de gran utilidad en el diagnóstico de esta entidad. Se reportan tasas de mortalidad altas (25-30 %) originadas, generalmente, por la dificultad diagnóstica frente a esta enfermedad. Se presenta un nuevo caso de divertículo duodenal perforado en una paciente, del sexo femenino, de 60 años de edad. La técnica quirúrgica empleada en esta oportunidad consistió en la exclusión duodenal y el drenaje del retroperitoneo.

Palabras clave: divertículo duodenal perforado, abdomen agudo.

ABSTRACT

The duodenal diverticular disease is considered within surgery of digestive tracts as unusual. The less frequent complication referred in medical literature is the acute perforation and when it occurs always will be carried out the emergency surgical treatment. It is polemic to arrive to a general consensus directing the diagnostic methodology due to its atypical way of presentation. The abdominal tomography has been very useful in diagnosis of this entity. Authors report high mortality rates (25-30 %) in general originated by the diagnostic difficulty in face of this disease. A new case of perforated duodenal diverticulum of a female sex patient aged 60. The surgical technique used in this opportunity was the duodenal exclusion and the retroperitoneal drainage.

Key words: perforated duodenal diverticulum, acute abdomen.

INTRODUCCIÓN

Realmente, constituye una rareza clínica la perforación de un divertículo duodenal, y requiere, en la mayoría de los casos, una intervención quirúrgica de urgencia.¹ Se documentan pocos reportes clínicos en la literatura médica que traten sobre el tema, y los existentes son de una casuística muy reducida, debido a lo infrecuente que resulta esta complicación. El diagnóstico preoperatorio habitualmente es engoroso, y constituye un verdadero reto, sobre todo, si este se impone de urgencia; la mayoría de las referencias sobre el tema tratan sobre casos estudiados de manera electiva, y a menos que se cuente con un diagnóstico previo, resulta infrecuente pensar en una perforación aguda diverticular del duodeno cuando se aborda, inicialmente, un paciente con un dolor abdominal agudo. Se considera prudente aportar esta experiencia en el tratamiento diagnóstico y terapéutico de esta entidad. Se presenta el caso de una paciente con divertículo de tercera porción duodenal perforado, a quien se diagnosticó y se intervino a las 6 h de su hospitalización.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente del sexo femenino, de 60 años, de piel mestiza, de procedencia rural, que acudió al servicio de urgencias por dolor a nivel de epigástrico con 6 h de evolución, de gran intensidad y carácter punzante, que se irradiaba a la espalda, el cual no se aliviaba con la ingestión de analgésicos, y se acompañaba de náuseas que no llegaban al vómito, motivos por los cuales se decidió su hospitalización de urgencia.

Presentó un cuadro de pancreatitis aguda hacía un año atrás, para lo cual fue hospitalizada y llevó tratamiento médico intensivo. No existen antecedentes de alergias a medicamentos. A nivel abdominal, se encontró, a la inspección, un abdomen plano, auscultatoriamente los ruidos hidroaéreos se encontraban diminuidos, se recogía dolor a la palpación profunda a nivel de epigastrio con discreta contractura abdominal, no se definía visceromegalia, y la percusión

resultaba dolorosa a dicho nivel. El tacto rectal no aportó datos de interés diagnóstico.

Exámenes complementarios de urgencia:

- Laboratorio: hemoglobina: 120 g/L; hematocrito: 40 %; leucocitos: $12\ 500 \times 10^9 \text{ mm}^3$; fórmula leucocitaria: 89 polimorfonucleares, 9 linfocitos y 2 eosinófilos.
- Electrocardiograma: normal.
- Imagenológicos: radiografía simple de tórax, vista antero posterior (AP), sin alteraciones pleuropulmonares. Radiografía de abdomen simple vista AP sin alteraciones. Ultrasonido abdominal, con interposición de colon y distensión por gases. Tomografía axial computarizada (TAC) abdominal con contraste oral aportó una imagen por adición en la tercera porción duodenal con presencia de aire extraluminal en el retroperitoneo y una colección de menor tamaño con nivel hidroáereo (Fig.).

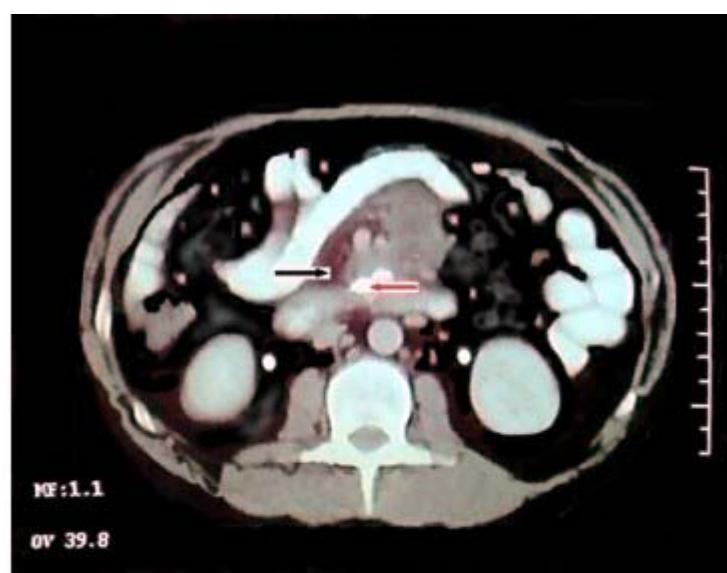


Fig. Estudio tomográfico abdominal: evidencia una imagen por adición en la tercera porción duodenal (flecha roja) con presencia de aire extraluminal en el retroperitoneo, y una colección de menor tamaño con nivel hidroáereo (flecha negra).

Fue valorado en colectivo el caso, y se decidió practicar una laparotomía de urgencia. Se tomaron medidas de asepsia y antisepsia, previas a la implantación de paños de campo esteriles, y se practicó incisión media supraumbilical por planos, verificando la hemostasia hasta llegar a cavidad peritoneal.

La observación y la palpación inicial intraabdominal resultaron normales. Se efectuó maniobra de Kocher, que evidenció, a nivel de la tercera porción duodenal, una amplia zona de tejido inflamatorio con un contenido intestinal de aspecto bilioso en el retroperitoneo, acompañado de múltiples esfacelos, que evidenció un divertículo perforado. Se colocó un drenaje aspirativo, y se realizó exclusión duodenal que consistió en cierre de píloro, gastroenteroanastomosis (gastroyeyunostomía), y se

ubicó posteriormente drenaje de Kehr en la vía biliar. Se cerró por planos la pared abdominal, se verificó nuevamente la hemostasia, y se practicó conteo riguroso del instrumental quirúrgico y compresas, sin complicaciones durante el transoperatorio. La recuperación posoperatoria fue satisfactoria, y fue egresado el paciente a los 7 días de la intervención quirúrgica.

DISCUSIÓN

Se reporta una incidencia de divertículos duodenales entre el 3 y el 10 % de los pacientes a quienes se les practican exploraciones del tracto digestivo alto de manera electiva. Generalmente, cuando se presentan, son múltiples, y solo en pocos casos (3-5 %) se hallan asociados a divertículos yeyuno-ileales. Por otro lado, de un 60-65 % de estos asientan en la segunda porción duodenal, y con frecuencia, alrededor de la papila, y se los denomina periampulares.^{1,2}

En nuestra experiencia personal nunca habíamos accedido a un divertículo ubicado topográficamente a nivel de la tercera porción del duodeno. Dentro de las complicaciones más frecuentes está la hemorragia digestiva, la pancreatitis aguda y la obstrucción de la vía biliar; la perforación diverticular aguda es una complicación infrecuente, y los reportes se limitan a series muy pequeñas, la mayoría de estas, hacen alusión a casos diagnosticados previamente a los cuales se les practica tratamiento de manera electiva. No existe, de manera general, un consenso para el tratamiento del diagnóstico y la terapéutica de esta entidad nosológica, por lo infrecuente que resulta su incidencia.¹⁻⁴

Las evidencias clínicas son escasas, y no pocas veces pasan inadvertidas en sus estadios iniciales. En estas etapas los pacientes suelen acudir a su médico de cabecera y ofrecen un cortejo poco específico en la mayoría de los casos, con escasos signos de irritación peritoneal. Los estudios radiológicos simples aportan pocos datos de interés diagnóstico o no suelen mostrar alteraciones, y la ecografía resulta poco concluyente mayoritariamente.^{1,2,5} En series revisadas se describe que solo entre un 6 y un 10 % se diagnosticaron en el preoperatorio de manera oportuna, y fue más significativo en pacientes estudiados electivamente. Los restantes autores coinciden en lo difícil que resulta el diagnóstico diferencial con otras entidades que simulan un abdomen agudo de probable etiología quirúrgica, como son, la apendicitis retrocecal, la colecistitis, la colangitis, la pielonefritis aguda, la neumonía basal derecha o la úlcera duodenal perforada.^{1,4,6} Lo que resulta para todos innegable, es el hecho de la urgencia a las cuales nos enfrentamos horas después de presentadas las manifestaciones iniciales y la premura con la que debemos de actuar.

Este caso correspondía a una paciente con una sintomatología abdominal muy florida por el tiempo de evolución del cuadro. Para nuestro equipo de trabajo fue determinante contar con la posibilidad de realizar una tomografía abdominal de urgencia, la que aportó elementos de valor diagnóstico, y nos orientó en la topografía de la lesión. No es menos cierto que en todos los casos no se tiene acceso a este tipo de estudio, y en otros, resulta inespecífica si se indica de manera precoz, pero su indisponibilidad no puede nunca ser un impedimento para adoptar una conducta terapéutica.⁷⁻¹⁰

La terapéutica de urgencia será definitivamente quirúrgica y se llevará a cabo con total prontitud, una vez estabilizado el paciente, procediendo según lo normado en cuanto al tratamiento del abdomen agudo quirúrgico. La selección de la técnica quirúrgica a emplear dependerá de varios factores, entre los cuales se relacionan el

tiempo de evolución, el estado general y hemodinámico del paciente, así como los hallazgos intraoperatorios. Una modalidad quirúrgica consiste en, después de efectuar una amplia maniobra de Kocher, resear el divertículo, reavivar bordes, efectuar una sutura simple, y colocar drenajes. Otra opción terapéutica lo constituye la duodenoyeyunostomía en Y de Roux o la coledocoduodenostomía, descritas ante los casos en los que resulta complejo un cierre simple.^{1,2} Debido a la topografía de la lesión que tenía esta paciente a nivel de la tercera porción duodenal, así como las características locales del duodeno y su relación con las estructuras vecinas, se decidió realizar una exclusión duodenal que consistió en una gastroenteroanastomosis y el drenaje aspirativo del retroperitoneo.

La perforación aguda de un divertículo duodenal es una complicación descrita, pero poco frecuente, y siempre se considerará grave. Existe dificultad para el diagnóstico preciso en las etapas iniciales del cuadro, pero una vez establecido el tratamiento quirúrgico, se practicará con la mayor urgencia. La TAC aporta datos de gran valor cuando se indica oportunamente, aunque su disponibilidad no es indispensable para practicar un tratamiento definitivo. La técnica quirúrgica guardará relación con los hallazgos y el tiempo de evolución del cuadro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castellví J, Pozuelo O, Vallet J, Sueiras A, Vicens G, Espinosa J, et al. Divertículo duodenal perforado. Cir Esp. 2006;80:174-5.
2. Mahajan K, Kashyap R, Chandel K, Mocuta J, Minhas S. Duodenal diverticulum: review of literature. Ind J Surg. 2004;66:140-5.
3. Tardío M, Corral L, Sáez FJ, Malo E, Hermoso MC, Urquía A. Divertículo duodenal gigante. Casos Clínicos. 2006;81:864-6.
4. López F, Belda G, Correa JA, Cruz R. Divertículo duodenal periampular: una entidad a considerar en el diagnóstico diferencial del absceso pancreático. Cartas al Director. An Med Interna Madrid. 2003;20(12):16-22.
5. Valenzuela MJ. Perforación traumática de un divertículo duodenal. Cir Esp. 2006;80(4):224-6.
6. Zoepf T, Zoepf DS, Arnold JC, Benz C, Rienmann JF. The relationship between juxtapapillary duodenal diverticula and disorders of the biliopancreatic system: analysis of 350 patients. Gastrointest Endosc. 2001;54:56-61.
7. De Rai P, Castoldi L, Tiberio G. Intraluminal duodenal diverticulum causing acute pancreatitis: CT scan diagnosis and review of the literature. Dig Surg. 2000;17(3):288-92.
8. Macari M, Lazarus D, Israel G. Duodenal diverticula mimicking cystic neoplasms of the páncreas: CT and MR imaging findings in seven patients. Am J Roentgenol. 2003;18(2):195-9.
9. Yoichi S, Hirotake M, Toshiki M, Hiroki I. Perforated duodenal diverticulum successfully diagnosed preoperatively with abdominal CT scan associated with upper gastrointestinal series. J Gastroenterol. 2004;39:379-83.

10. Sakurai Y, Miura H, Matsubara T, Imazu H, Hasegawa S. Perforated duodenal diverticulum successfully diagnosed preoperatively with abdominal CT scan associated with upper gastrointestinal series. *J Gastroenterol.* 2004;39:379-83.

Recibido: 8 de abril de 2010.

Aprobado: 20 de marzo de 2010.

Nizahel Estévez Álvarez. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular (ICCCV). Calle 17 esquina A, Vedado, municipio Plaza. La Habana, Cuba. Correo electrónico: nuria@infomed.sld.cu