

Diverticulitis yeyunal como causa de abdomen agudo

Miguel Ángel
Sánchez-Pérez,¹
Manuel
Muñoz-Juárez,¹
Eduardo
Moreno-Paquentín,¹
Enrique
Luque-de León,^{1,2}
Mario Alfredo
Torreblanca-Marín³

RESUMEN

La diverticulosis yeyunoileal es un trastorno adquirido poco común que cursa en la mayoría de los casos en forma asintomática. A pesar de informes sobre esta entidad en pacientes pediátricos, la mayor parte de los casos sintomáticos se presenta en la población adulta. Reseñamos el caso de un paciente que ingresó al servicio de urgencias con signos y síntomas sugestivos de abdomen agudo. Posterior al abordaje diagnóstico y manejo quirúrgico, se estableció que el mismo fue secundario a la presencia y complicación de un divertículo yeyunal.

SUMMARY

Jejunal diverticulosis is a rare acquired-disease which courses asymptomatic in most cases. In spite of the fact that there are some publications of this entity in pediatric patients, most symptomatic cases have been found in adults. Reported herein is the case of a patient that presented to the emergency room with signs and symptoms suggestive of an acute abdomen. After diagnostic workup and operative management, presence and complications of a jejunal diverticulum were found to be the cause of the abdominal pain.

Recibido: 10 de enero de 2008

Aceptado: 5 de junio de 2009

Introducción

La diverticulosis yeyunoileal es un trastorno adquirido poco común que se presenta por lo general en la edad adulta. La mayoría de los pacientes cursa en forma asintomática. En los pacientes que presentan síntomas, las complicaciones pueden manifestarse como síndromes clínicos agudos o crónicos. Las complicaciones agudas consisten en hemorragia, oclusión intestinal, inflamación del divertículo y perforación con o sin formación de absceso. Los trastornos crónicos incluyen dolor abdominal intratable, síndrome de malabsorción, sangrado de bajo grado y oclusión intestinal parcial. Describimos el caso de un paciente con manifestaciones clínicas de abdomen agudo secundarias a diverticulitis yeyunal y su manejo quirúrgico oportuno.

Caso clínico

Hombre de 64 años de edad con hemicolectomía derecha por cáncer nueve años antes como único antecedente de importancia sin actividad tumoral

durante aparente durante el periodo de seguimiento. Ingresó al servicio de urgencias con cuadro de 12 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal inespecífico, constante, localizado inicialmente en área periumbilical y posteriormente en fosa iliaca izquierda asociado a obstipación e intolerancia a la ingesta vía oral, sin náusea, vómito o fiebre. A la exploración física se encontró febril (38 °C) y a la exploración abdominal con peristalsis ausente, hiperestesia e hiperbaralgia en flanco izquierdo y región periumbilical con signo de von Blumberg positivo. No se palpaban masas ni visceromegalias.

Biometría hemática con leucocitosis de 12 mil/mm³ con predominio de polimorfonucleares. Química sanguínea, electrolitos séricos, pruebas de funcionamiento hepático, amilasa y lipasa séricas, normales. Telerradiografía de tórax normal.

Las radiografías de abdomen mostraron íleo inespecífico, niveles hidroaéreos en flanco derecho y segmento de intestino delgado dilatado en flanco izquierdo. Mediante tomografía axial computarizada abdominal se observó proceso inflamatorio en la pared de un segmento de yeyuno proximal y en mesen-

¹Departamento
de Cirugía

²Departamento
de Cirugía General
y Gastrointestinal,
Hospital de
Especialidades, Centro
Médico Nacional Siglo
XXI, Instituto Mexicano
del Seguro Social,
Distrito Federal, México

³Departamento
de Anestesiología
y Medicina Crítica

Autores 1 y 3,
American British
Cowdray Medical
Center IAP,
Distrito Federal, México

Comunicación con:
Miguel Ángel
Sánchez-Pérez.
Tel y fax: (55) 1664 7164.
Correo electrónico
wfrguitarma@
hotmail.com

Palabras clave

diverticulitis
abdomen agudo
obstrucción intestinal
hemorragia
gastrointestinal

Key words

diverticulitis
abdomen, acute
intestinal obstruction
gastrointestinal
hemorrhage

terio adyacente (figura 1). No se encontró aire libre ni colecciones intraabdominales. Se decidió realizar laparotomía exploradora con diagnóstico preoperatorio de abdomen agudo secundario a probable enteritis segmentaria infecciosa versus enteritis isquémica. Se realizó incisión en la línea media y se procedió a explorar la cavidad abdominal. Los hallazgos intraoperatorios incluyeron adherencias múltiples, ausencia quirúrgica de colon derecho y área inflamatoria compatible con divertículo de yeyuno perforado y sellado hacia el mesenterio, aproximadamente a 35 cm del ligamento de Treitz. Se procedió a resecar segmento intestinal afectado (figura 2) y a realizar anastomosis primaria con engrapadora lineal.

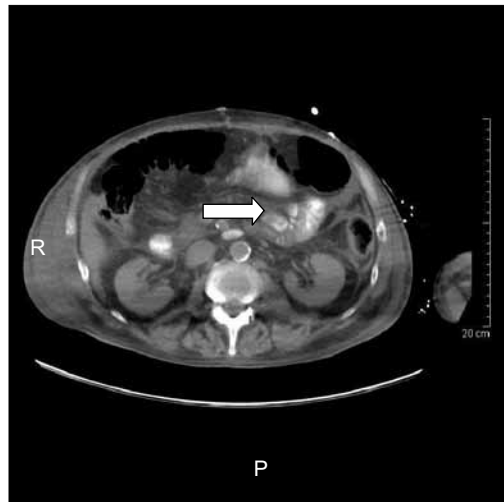


Figura 1. Pueden observarse cambios inflamatorios de un segmento de yeyuno proximal y en el mesenterio adyacente

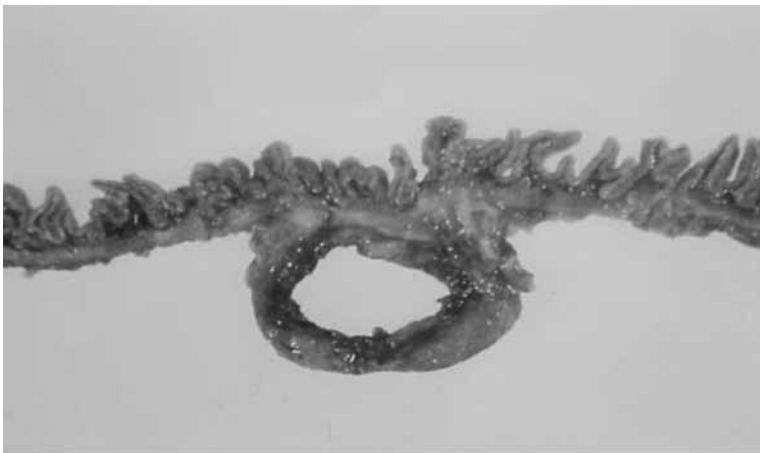


Figura 2. Segmento de yeyuno proximal con diverticulitis aguda

En el posoperatorio, el paciente presentó infección de herida quirúrgica con dehiscencia parcial de la misma, que ameritó manejo ambulatorio con antibióticos de amplio espectro durante dos semanas. El reporte histopatológico concluyó que se trataba de un divertículo yeyunal de 34 × 32 mm con revestimiento enteral, ulcerado, con necrosis transmural y hemorragia en el segmento intestinal resecado. Durante el seguimiento, a cuatro años de la operación el paciente se encontraba asintomático, sin evidencia de hernia ventral incisional o actividad tumoral.

Discusión

La incidencia de diverticulosis yeyunoileal identificada mediante estudios de imagen oscila entre 0.02 y 7 % de la población adulta.^{1,2} Magintle y colaboradores informaron su presencia en 2.3 % de 519 pacientes sometidos a enterocliposis.³ En estudios de necropsia, esta entidad se ha encontrado entre 1.3 y 4.6 % de los casos.⁴ La mayor parte de los casos sintomáticos se presenta entre la sexta y séptima década de la vida y la incidencia es discretamente mayor en hombres.^{3,5} Respecto al segmento intestinal involucrado, la afectación de yeyuno comparada con íleon es aproximadamente cinco a ocho veces más frecuente.⁶ El tamaño del divertículo puede variar desde algunos milímetros hasta 10 cm.⁶ En el estudio de Franzen y colaboradores, casi 60 % era mayor de 3 cm.⁷ En general, mientras más distal los divertículos en el tracto gastrointestinal tienden a ser más pequeños y aislados.⁶ En aproximadamente 90 % de los pacientes existen divertículos múltiples.^{1,2} Además, los divertículos yeyunoileales se asocian con divertículos en colon en 35 a 75 % de los casos, duodeno (15 a 42 %), esófago (2 %), estómago (2 %) y vejiga (12 %).⁶ En el paciente descrito se encontró un divertículo único en yeyuno, mayor de 3 cm de diámetro, así como divertículos múltiples (no complicados) en colon sigmoides.

Se piensa que los divertículos se originan fisiopatológicamente a partir de un defecto en la pared intestinal⁷ o a una disfunción motora del músculo liso o del plexo mientérico del intestino delgado.⁵ Las anomalías del músculo de la pared intestinal producen fibrosis y áreas localizadas de debilidad.⁵ La discinesia del intestino asociada al aumento de presión intraluminal genera herniación de la mucosa y submucosa en la pared debilitada en el sitio en el que los vasos sanguíneos penetran en el intestino produciendo pseudodivertículos o divertículos falsos.^{4,7} El predominio de divertículos en yeyuno es atribuido al mayor diámetro de las arterias que ingresan en la pared intestinal.⁸ La mayoría de los

pacientes con divertículos de intestino delgado (> 60 %) cursa en forma asintomática. En aproximadamente 30 % se presentan manifestaciones crónicas caracterizadas por dolor abdominal vago de localización epigástrica o periumbilical, flatulencia, esteatorrea, síndrome de malabsorción y anemia secundaria a sangrado crónico de bajo grado. Solo 10 % presenta complicaciones agudas;^{4,7} éstas incluyen inflamación y perforación del divertículo con o sin formación de absceso,⁹ hemorragia masiva y obstrucción intestinal.^{2,4,8} Por lo general, en estos pacientes se encuentra indicada la cirugía de urgencia.⁶

Las principales causas de perforación diverticular son la inflamación con necrosis transmural de la pared del divertículo, presencia de cuerpo extraño dentro del divertículo o traumatismo abdominal externo.⁶ Tomográficamente la diverticulitis yeyunal puede verse como un proceso inflamatorio localizado. En algunos casos se puede observar aire en el interior del divertículo, edema del mesenterio y material de contraste que sale por un defecto en la pared del intestino.⁵ Cuando las lesiones involucran el íleon terminal, las imágenes tomográficas pueden simular cambios inflamatorios causados por apendicitis aguda.¹⁰ En nuestro caso se observó un segmento de yeyuno con cambios inflamatorios hacia el mesenterio con la presencia de aire en su interior sin evidencia de perforación; sin embargo, el diagnóstico definitivo de diverticulitis yeyunal se realizó durante el transoperatorio. Clínicamente, la perforación de un divertículo yeyunoileal se manifiesta con datos de abdomen agudo. El tratamiento en estos casos incluye la resección quirúrgica del segmento afectado con anastomosis primaria^{4,6,8} y conlleva morbilidad de 4 %⁴ y mortalidad de 21 a 30 %.¹¹ La laparoscopia es una buena alternativa, sobre todo para el diagnóstico oportuno.⁶

Cuando la diverticulosis yeyunal se manifiesta con hemorragia masiva, los pacientes pueden presentar hematoquecia, hematemesis o melena.⁵ En algunas series se indica una incidencia de sangrado de intestino delgado por diverticulosis yeyunoileal de 3.4 a 8.1 %.⁶ El origen del sangrado incluye trauma sobre los vasos mesentéricos, ulceración de la mucosa y diverticulitis sin ulceración.⁶ La obstrucción intestinal secundaria a diverticulosis yeyunoileal puede ser resultado de un aumento en la presión en la pared intestinal por distensión del divertículo, cambios inflamatorios asociados a diverticulitis, adherencias por diverticulitis previa, intususcepción en el sitio de localización del divertículo,⁶ por un vólvulo de intestino delgado que contenga el divertículo o compresión por un gran divertículo o la presencia de un enterolito.¹⁰ Las manifestaciones crónicas que incluyen el síndrome de malabsorción, dolor ab-

dominal, anemia megaloblástica y esteatorrea, al parecer se deben a interferencia de la peristalsis normal y de la propulsión del contenido intestinal.² La estasis resultante dentro del divertículo permite sobrecrecimiento bacteriano con una mayor conjugación de ácidos biliares y alteración en el metabolismo y absorción de la vitamina B₁₂.^{2,5-6}

El espectro de diagnósticos diferenciales incluye úlcera péptica perforada, colecistitis aguda, apendicitis aguda, enfermedad diverticular de colon, síndrome de intestino irritable y otras causas de obstrucción intestinal, como adherencias, vólvulos e intususcepción.^{2,6-8} En general, el hallazgo incidental de divertículos durante un procedimiento quirúrgico no debe llevar a su resección, ya que los riesgos no han demostrado ser mayores que los beneficios.⁴⁻⁶ El tratamiento médico puede ser útil en casos seleccionados⁶ y se reserva a pacientes con malnutrición por malabsorción, sobrecrecimiento bacteriano o dolor abdominal crónico. Hay informes de diverticulitis yeyunal sin perforación en los que el manejo conservador con reposo intestinal, antibióticos de amplio espectro y nutrición parenteral ha sido satisfactorio.¹²

En resumen, la diverticulosis yeyunoileal es un trastorno poco común en el que los pacientes cursan generalmente asintomáticos, y solo una minoría presenta síntomas secundarios a una complicación aguda. Cuando esto sucede, el tratamiento por lo general es quirúrgico, sin embargo, la diversidad de manifestaciones clínicas y lo inespecífico de los síntomas hacen que el diagnóstico preoperatorio se realice en muy pocos pacientes, lo cual retrasa significativamente el manejo oportuno.

Referencias

1. Palder SB, Frey CB. Jejunal diverticulosis. Arch Surg 1988;123(7):889-894.
2. Leon CJ, Íñiguez SA. Jejunal diverticulitis: an unusual cause of acute abdomen. Am J Gastroenterol 1996;91(2):393-394.
3. Maglinte DD, Chernish SM, DeWeese R, Kelvin FM, Brunelle RL. Acquired jejunoileal diverticular disease: subject review. Radiology 1986;158(3):577-580.
4. Liu CY, Chang WH, Lin SC, Chu CH, Wang TE, Shih SC. Analysis of clinical manifestations of symptomatic acquired jejunoileal diverticular disease. World J Gastroenterol 2005;11(35):5557-5560.
5. Longo WE, Vernava AM. Clinical implications of jejunoileal diverticular disease. Dis Colon Rectum 1992;35(4):381-388.

Sánchez-Pérez MA et al.

Diverticulitis yeyunal y abdomen agudo

6. Bree E, Grammatikakis J, Christodoulakis M, Tsiftsis D. The clinical significance of acquired jejunoileal diverticula. *AM J Gastroenterol* 1998; 93(12):2523-2528.
7. Franzen D, Gürtler T, Metzger U. Mehrfach Rezidivierende diverticulitis perforata jejuni. *Chirurg* 2000;73(12):1218-1220.
8. Koger KE, Shatney CH, Dirbas FM, McClenathan JH. Perforated jejunal diverticula. *Am Surg* 1996; 62(1):26-29.
9. Lempinen M, Salmela K, Kemppainen E. Jejunal diverticulosis: a potentially dangerous entity. *Scand J Gastroenterol* 2004;39(9):905-909.
10. Greenstein S, Jones B, Fishman E, Cameron J, Siegelman S. Small-bowel diverticulitis: CT findings. *Am J Roentgenol* 1986;147(2):271-274.
11. Chendrasekhar A, Timberlake GA. Perforated jejunal diverticula: an analysis of reported cases. *Am Surg* 1995;61(11):984-988.
12. Novak J, Tobias J, Barkin J. Nonsurgical management of acute jejunal diverticulitis: a review. *Am J Gastroenterol* 1997;92(10):1929-1931.