



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-074 - DIVERTÍCULO DUODENAL PERFORADO CON TRATAMIENTO CONSERVADOR

Annese Pérez, Sergio; Liron Ruiz, Ramón; Palomares, Gloria; Baeza Murcia, Melody; Betoret Benavente, Lidia; Ramos Soler, Francisco; Aguayo Albasini, Jose Luis

Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción: Los divertículos duodenales son herniaciones de la pared intestinal. Descritos por primera vez en 1710 por Chomel, patólogo francés. Son los segundos en frecuencia, por detrás de los divertículos colónicos. Con una prevalencia del 22% en autopsias, 15-25% en mayores de 50 años, no existiendo preferencia sexual. Pueden ser congénitos o adquiridos (más frecuentes). Su localización más frecuente es la segunda porción duodenal con predominio periampular. Más del 90% son asintomáticos, presentando síntomas en el 5-10%, dolor abdominal principalmente, también fiebre, náuseas o vómitos. Las complicaciones cuando ocurren pueden ser: pancreatitis, hemorragia, diverticulitis, obstrucción, manifestaciones biliopancreáticas o perforación siendo esta la más rara. Las radiografías simples de abdomen y ecografía no demostraron aire en retroperitoneo. El TAC de abdomen detecta pequeñas cantidades de gas y líquido en el retroperitoneo siendo el método más eficaz en la actualidad para su diagnóstico. El tratamiento tradicional es la cirugía, la diverticulectomía es la reparación más descrita. También el uso de un parche omental más diverticulectomía laparoscópica, y en algunos casos técnicas más complejas como el Whipple. Shackleton en 1963, informó por primera vez el manejo conservador del divertículo duodenal perforado, reservándose inicialmente para pacientes con alto riesgo quirúrgico, edad avanzada y mala situación basal. El tratamiento incluye dieta absoluta, sonda nasogástrica, antibioticoterapia y nutrición parenteral. Si es necesario, el drenaje percutáneo para abscesos intraabdominales puede llevarse a cabo como tratamiento complementario.

Caso clínico: Mujer de 82 años alérgica AINES; hipertensión arterial, dislipemia, fibrilación auricular, histerectomía, prótesis bilateral de rodilla. Activa e independiente. Consulta por dolor abdominal y fiebre 39 °C de 24 horas de evolución sin ninguna otra clínica asociada. T: 38,4 °C, buenas constantes. A la exploración dolor abdominal en hipocondrio derecho con defensa sin irritación. Analítica: Leucocitosis con neutrofilia, Cr: 1,42. Rx de abdomen y ecografía sin hallazgos de relevancia. Se mantiene en observación con nuevo control analítico, mejoría de leucocitos y función renal, pero con persistencia de dolor y fiebre, se decide realizar TAC de abdomen con hallazgos compatibles de divertículo duodenal perforado con retroneumoperitoneo. Se ingresa con sueroterapia, NTP y antibiótica y observación estrecha, manteniendo la paciente buen estado general y buena evolución. Se realizaron TAC abdominal de control con mejoría radiológica en retroneumoperitoneo. Dados los hallazgos en el TAC de control y la buena situación clínica se reinicia la tolerancia oral luego de 13 días de NTP. Encontrándose la paciente con buena tolerancia

oral, tránsito y sin dolor abdominal, se procede a su alta hospitalaria tras 16 días de ingreso.

Discusión: Aunque los divertículos duodenales son entidades comunes, las secuelas como la perforación siguen siendo complicaciones poco frecuentes, con menos de 200 casos reportados en la literatura mundial. Se requiere un alto índice de sospecha para un diagnóstico correcto y oportuno porque los signos y síntomas a menudo imitan otros procesos intraabdominales. Aunque el tratamiento conservador se reservó inicialmente para pacientes con edad avanzada y mala situación basal, las mejoras en cuidados críticos han permitido que el tratamiento conservador sea una alternativa práctica a la cirugía en pacientes seleccionados.