



## P-786 - Perforación de divertículo duodenal. A propósito de un caso

*Latorre Fragua, Raquel; Manuel Vázquez, Alba; González Sierra, Begoña; Medina Velasco, Aníbal; Kuhnhardt Barrantes, Andree; Valle Rubio, Ainhoa; de la Plaza Llamas, Roberto; Ramia Ángel, José Manuel*

*Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.*

### Resumen

**Introducción:** El duodeno es la segunda localización más frecuente de enfermedad diverticular intestinal, después del colon. La mayoría de los divertículos duodenales son asintomáticos y no requieren tratamiento. Entre sus complicaciones la perforación es una de las menos frecuentes y su diagnóstico puede resultar complejo. Presentamos el caso de un paciente con divertículo duodenal perforado, con manejo quirúrgico exitoso.

**Caso clínico:** Varón, 53 años, antecedente de amputación abdominoperineal por neoplasia de recto hace 10 años (T2N0M0) y divertículo duodenal diagnosticado en pruebas de imagen previas. Acude a urgencias por fiebre (38,2 °C), dolor abdominal en hemiabdomen derecho, sin irritación peritoneal, y ausencia de deposición por colostomía, sin repercusión hemodinámica. Analítica: 16.000 leucocitos con neutrofilia, PCR 65'1. Resto sin alteraciones. Dada la presencia de fiebre y elevación de reactantes de fase aguda, se realiza TC abdominal apreciándose retroneumoperitoneo en abdomen superior, posterior a la cabeza del páncreas, con extensión a ligamento gastrohepático, saco menor e hilio esplénico, con trabeculación de la grasa localizada alrededor de la tercera porción duodenal, hallazgos sugestivos de perforación duodenal, y dilatación gástrica y yeyuno-ileal, sin causa obstructiva, probablemente secundaria a íleo paralítico en relación con perforación de víscera hueca. Dado los hallazgos se decide laparotomía urgente. Tras maniobra de Kocher, se objetiva inflamación de la grasa periduodenal, con adenopatías de aproximadamente 1 cm, y un divertículo único en tercera porción duodenal de 2 × 4 cm perforado. Se realiza liberación de divertículo y sección con grapadora-cortadora en su base, reforzando la línea de grapado con sutura continua con monofilamento de 3/0. El paciente presenta vómitos al iniciar tolerancia, con buena respuesta tras reposo digestivo, y es dado de alta al 9º día (Clavien: I, CCI: 8,7). El estudio histológico fue informado como divertículo con inflamación aguda transmural, áreas de necrosis e intensa linfadenitis reactiva, sin datos de malignidad.

**Discusión:** La perforación de divertículo duodenal debe considerarse como causa de abdomen agudo en pacientes con antecedente conocido. Es una situación poco frecuente, donde el diagnóstico precoz es uno de los pilares para reducir su morbimortalidad. No existen documentos de consenso acerca del manejo diagnóstico y terapéutico de los divertículos duodenales perforados. El TC abdominal es la prueba radiológica de elección para su diagnóstico. En cuanto a su manejo, la recomendación es el tratamiento quirúrgico, seleccionando la técnica según el tiempo de evolución, el estado general del paciente y los hallazgos intraoperatorios. La diverticulectomía y drenaje del

retroperitoneo es la técnica más empleada. Se ha descrito la realización de otras técnicas como duodenoyeyunostomía o exclusión duodenal en caso de no poder realizar el cierre duodenal o existir un gran componente inflamatorio, así como el manejo conservador con reposo digestivo, antibioterapia, y drenaje percutáneo de colecciones en pacientes con alto riesgo quirúrgico sin datos de sepsis.