

## Diverticulitis yeyunal. Una causa poco frecuente de abdomen agudo

Luis J. García, Jorge Otero, Luzdivina Santamaría y Araceli Pérez

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Carmen y Severo Ochoa. Asturias. España.

### Resumen

Los divertículos yeyunoileales no meckelianos se diagnostican con más frecuencia en varones > 50 años. Son una causa muy poco frecuente de abdomen agudo. Habitualmente asintomáticos, se estima que se producen complicaciones en un 10-20% de ellos. Presentamos 1 caso diagnosticado recientemente en un paciente de 82 años atendido en nuestro centro.

**Palabras clave:** *Divertículo. Diverticulitis. Diverticulosis. Perforación intestinal.*

### JEJUNAL DIVERTICULITIS. A RARE CAUSE OF ACUTE ABDOMEN

Non-Meckelian jejunoileal diverticula are more frequently diagnosed in men aged more than 50 years old. They are a rare cause of acute abdomen. They are usually asymptomatic and are estimated to cause complications in 10-20% of cases. We present the recently diagnosed case of an 82-year-old man admitted to our hospital.

**Key words:** *Diverticulum. Diverticulitis. Diverticulosis. Intestinal perforation.*

### Introducción

Los divertículos de yeyuno e íleon no meckelianos son poco frecuentes. Se estima que su prevalencia es del 0,1-2,3% en series autópsicas y de estudios radiológicos y suponen alrededor del 1% de la enfermedad diverticular. Se presentan con mayor frecuencia en varones en la sexta o séptima décadas de la vida. En general son múltiples, de localización yeyunal, cercanos al ángulo de Treitz y con frecuencia se asocian a divertículos en otras localizaciones (duodeno, colon). Debido a su escasa frecuencia como causa de abdomen agudo, creemos interesante presentar 1 caso que hemos tenido la oportunidad de atender recientemente en nuestro centro hospitalario.

### Caso clínico

Varón de 82 años sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés que es enviado al servicio de urgencias por fiebre de 38 °C, mareos y dolor abdominal periumbilical de 2 días de evolución. En la exploración únicamente se objetiva la presencia de una discreta distensión abdominal y palpación dolorosa periumbilical, especialmente en la zona iz-

quierda. Los estudios analíticos son inespecíficos, con un hemograma con desviación izquierda (un 12% cayados) sin otras alteraciones. La radiografía simple de tórax y de abdomen son inespecíficas, al igual que la ecografía. Es ingresado con la sospecha de diverticulitis de colon y se instaura tratamiento con reposo digestivo y antibióticos por vía intravenosa. A las 48 h del ingreso se realiza una tomografía computarizada (TC) con contraste oral, donde se visualiza en inframesocolon izquierdo una asa yeyunal engrosada con meso de aspecto inflamatorio con aire extraluminal, imagen compatible con perforación de yeyuno hacia el mesenterio. Debido a la buena evolución se continúa el tratamiento médico. En la TC de control a los 7 días se evidencia una franca mejoría de la imagen, con disminución del aire extraluminal y del componente inflamatorio. Para descartar alguna relación con una enfermedad de colon transversa se realizó un enema opaco, en el que se evidencia diverticulosis sigmoidea sin otras alteraciones en el marco cólico.

El paciente fue intervenido de forma programada y se encontró una extensa diverticulosis yeyunoileal (fig. 1). La primera asa yeyunal se encuentra adherida al ángulo de Treitz y al liberarla presenta la superficie deslustrada y una perforación cubierta en el borde mesentérico. Se realiza una resección segmentaria con anastomosis terminoterminal. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica confirma la presencia de una perforación en relación con divertículo intestinal con inflamación subaguda, sin otra enfermedad asociada. Se realizó un tránsito intestinal (fig. 2) donde se evidencia un divertículo duodenal y una extensa diverticulosis yeyunoileal.

### Discusión

Los divertículos de intestino delgado más frecuentes son los divertículos duodenales seguidos de los de Meckel, que es la anomalía congénita más frecuente del tubo digestivo, presente en un 2% de la población<sup>1</sup>. Los diver-

Correspondencia: Dr. L.J. García Flórez.  
Servicio de Cirugía General. Hospital Carmen y Severo Ochoa  
Sierra, 11. 33800 Cangas del Narcea. Asturias. España.  
Correo electrónico: luisjoaquin.garcia@sespa.princast.es

Manuscrito recibido el 26-5-2004 y aceptado el 17-11-2004.



Fig. 1. Intervención. Divertículos en borde mesentérico de asas yeyunales.

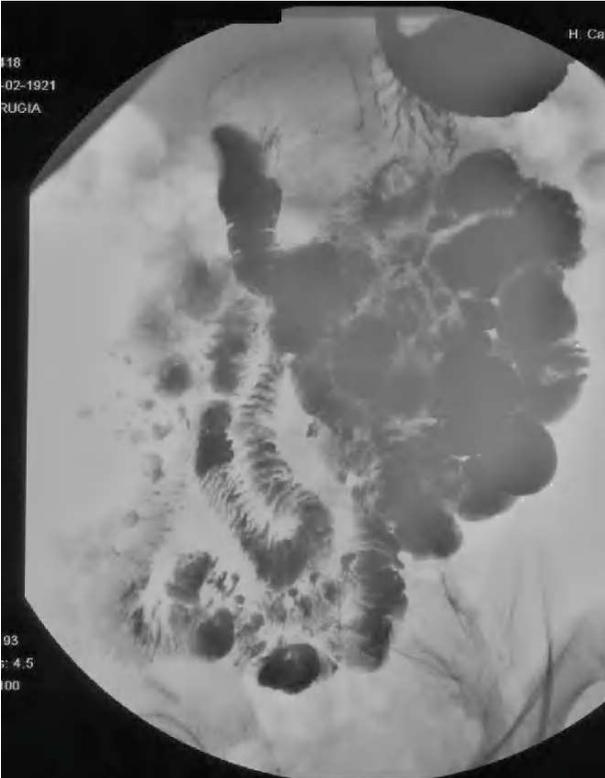


Fig. 2. Tránsito intestinal. Extensa diverticulosis yeyunoileal.

tículos yeyunoileales no meckelianos son una causa muy poco frecuente de abdomen agudo. Son divertículos adquiridos, de pulsión, seudodivertículos sin una capa muscular definida. Se considera que se originan como consecuencia de aumentos de la presión intraluminal y se localizan en las zonas débiles de la pared intestinal, la entrada de los vasos en el borde mesentérico. Se asocian con frecuencia con enfermedades del músculo liso o del plexo mientérico que producen alteraciones de la mo-

tilidad intestinal. Se han descrito alteraciones en estudios manométricos duodenoyeyunales<sup>2</sup>.

Habitualmente asintomáticos, son hallazgos casuales en estudios radiológicos o en laparotomías por otras causas. Algunos producen síntomas inespecíficos relacionados con alteraciones de la motilidad intestinal. Se estima que se pueden producir complicaciones agudas en un 10-20% de los casos. Las más frecuentes son la diverticulitis con o sin perforación del meso, como en nuestro caso, y la hemorragia, que en ocasiones puede ser muy grave<sup>3,4</sup>. También se han descrito síndromes de malabsorción por sobrecrecimiento bacteriano, obstrucción intestinal, invaginación, formación de fístulas, abscesos y perforación libre con peritonitis, etc.<sup>5</sup>.

El diagnóstico preoperatorio en casos agudos es poco frecuente. La radiología simple no suele ser de utilidad y la ecografía puede orientar el diagnóstico en caso de visualizarse una imagen hipoecoica irregular adyacente a un asa intestinal<sup>6</sup>. En casos de inflamación y perforación, en la TC las imágenes más habituales son similares a las presentadas en este caso, es decir, engrosamiento de la pared de un asa intestinal y del meso con presencia de aire extraluminal. En caso de hemorragia, la gammagrafía con eritrocitos marcados o la enteroscopia puede identificar el origen en el intestino delgado.

Habitualmente se recomienda tratamiento sólo en los pacientes sintomáticos<sup>7,8</sup>. El tratamiento médico incluye reguladores de la motilidad intestinal (cisaprida y otros) en casos necesarios y antibióticos en diverticulitis no complicadas y en síndromes de malabsorción por sobrecrecimiento bacteriano, con buena respuesta en general. El tratamiento quirúrgico se realizará en caso de complicaciones, realizando resecciones segmentarias con criterio conservador. También se ha descrito la realización de drenajes percutáneos con control radiológico de colecciones localizadas<sup>9</sup>. Algunos autores son partidarios de las resecciones profilácticas debido a la gravedad de algunas complicaciones, como la perforación<sup>10</sup>.

## Bibliografía

1. Chiu EJ, Shyr YM, Su CH, Wu CW, Lui WY. Diverticular disease of the small bowel. *Hepatogastroenterology*. 2000;47:181-4.
2. Kongara KR, Soffer EE. Intestinal motility in small bowel diverticulosis: a case report and review of the literature. *J Clin Gastroenterol*. 2000;30:84-6.
3. Rodríguez HE, Ziauddin MF, Quiros ED, Brown AM, Podbielski FJ. Jejunal diverticulosis and gastrointestinal bleeding. *J Clin Gastroenterol*. 2001;33:412-4.
4. Schwesinger WH, Sirinek KR, Gaskill HV 3rd, Velez JP, Corea JJ, Smith WE. Jejunoileal causes of overt gastrointestinal bleeding: diagnosis, management and outcome. *Am Surg*. 2001;67:383-7.
5. Pérez I, De Miguel M, Ortíz H. Complicaciones agudas de los divertículos de yeyuno e íleon. *Cir Esp*. 1989;45:473-6.
6. Kelekis AD, Poletti PA. Jejunal diverticulitis with localized perforation diagnosed by ultrasound: a case report. *Eur Radiol*. 2002;12 Suppl 3:S78-81.
7. Longo WE, Vernava AM 3rd. Clinical implications of jejunal diverticular disease. *Dis Colon Rectum*. 1992;35:381-8.
8. Tsiotos GG, Farnell MB, Ilstrup DM. Nonmeckelian jejunal or ileal diverticulosis: an analysis of 112 cases. *Surgery*. 1994;116:726-31.
9. Novak JS, Tobias J, Barkin JS. Non surgical management of acute jejunal diverticulitis: a review. *Am J Gastroenterol*. 1997;92:1929-31.
10. Akhrass R, Yaffe MB, Fisher C, Ponsky J, Shuck JM. Small bowel diverticulosis: perceptions and reality. *J Am Coll Surg*. 1997;184:383-8.