

Abdomen agudo secundario a diverticulitis yeyunal perforada



Acute abdomen secondary to perforated jejunal diverticulitis

La diverticulosis de intestino delgado y en particular de yeyuno es una entidad clínica infrecuente y generalmente asintomática. Sin embargo, puede causar síntomas inespecíficos crónicos y rara vez da lugar a una presentación aguda. Se estima que la prevalencia de la diverticulosis yeyunal en la población general es aproximadamente del 1-2%, variando del 0,02-0,42% en estudios de contraste del tubo digestivo al 0,3-4,0% en necropsias. El objetivo de este trabajo es describir una causa poco frecuente de abdomen agudo en un caso de diverticulitis yeyunal perforada. Realizamos una revisión de la literatura relacionada con el manejo de la enfermedad diverticular del intestino delgado¹. Presentamos un caso de abdomen agudo causado por la perforación de un divertículo yeyunal en una paciente de 89 años con antecedentes patológicos de artrosis, deterioro cognitivo y síndrome anémico crónico no filiado atendida en nuestro centro. Acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal de 72 horas de evolución asociado a náuseas, vómitos y estreñimiento. A la exploración física, abdomen globuloso, distendido y doloroso con signos de irritación peritoneal. Analíticamente se objetiva una elevada leucocitosis con neutrofilia. La Rx simple de abdomen muestra signos de obstrucción intestinal. La TAC abdominopélvica con contraste intravenoso objetiva en hipogastrio rarefacción de la grasa adyacente a asas de intestino delgado junto con gas extraluminal en relación con perforación de la misma (en el momento actual contenida) probablemente secundaria a cuerpo extraño debido a que se visualiza una imagen lineal hiperdensa que da la impresión que atraviesa asa intestinal. Ante los hallazgos descritos se decide laparotomía urgente en la que se observa una perforación yeyunoileal con peritonitis localizada. Se realiza resección intestinal de unos 10 cm de yeyuno distal y anastomosis yeyunoileal laterolateral mecánica (fig. 1). La anatomía patológica describe numerosos divertículos, identificando una estructura filiforme y angulada, correlacionable con espina de pescado (fig. 2), insertada en uno de los divertículos con perforación del mismo, observando en vecindad un absceso peridiverticular, necrosis tisular, reacción gigante-celular tipo cuerpo extraño asociada a material fecal, y marcados signos inflamatorios de la grasa mesentérica y serosa intestinal. Durante su postoperatorio, la paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta a los 10 días. Los divertículos yeyunales son pseudodivertículos que fueron descritos por primera vez por Somerling en 1794 y por Sir Astley Cooper en 1807. Son más comunes en los hombres de edad avanzada (58%). Los divertículos de intestino delgado son falsos divertículos, constituidos solo por mucosa, submucosa y serosa, con exclusión de la capa muscular². La localización más frecuentemente afectada es el yeyuno proximal (75%), seguido por el yeyuno distal (20%) y el íleon (5%). Pueden estar presentes divertículos simultáneamente en colon (30-75%), duodeno (15-42%), esófago (2%), estómago (2%) y vejiga urinaria³ (12%). Generalmente esta patología es clínicamente silente hasta que se presentan las complicaciones asociadas con la enfermedad

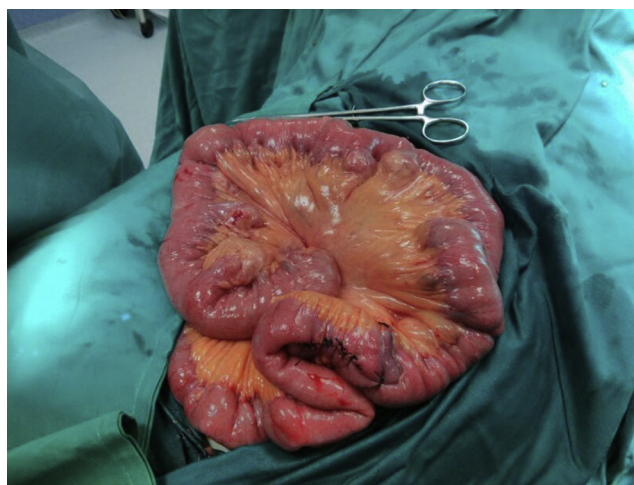


Figura 1 Anastomosis yeyunoileal laterolateral tras resección de segmento afecto.

diverticular como son diverticulitis, hemorragia, obstrucción intestinal y perforación. Cuando es sintomático, los pacientes pueden describir un dolor abdominal crónico de diversa gravedad, ya sea localizado en la región epigástrica o periumbilical. La diverticulitis yeyunal⁴ se produce en aproximadamente el 2-6% de los casos y tiene una tasa de mortalidad⁵ de casi el 24%. Se asocia frecuentemente con trastornos de la motilidad intestinal, como la esclerosis sistémica progresiva, neuropatías viscerales o miopatías⁶. La diverticulosis yeyunal es un trastorno difícil de diagnosticar, pues carece de pruebas de diagnóstico verdaderamente confiables. Las radiografías de abdomen y tórax pueden mostrar evidencia de perforación, como aire libre bajo el diafragma o aire libre peritoneal; evidencia de obstrucción intestinal, o evidencia de íleo, incluyendo niveles hidroaéreos y dilatación de asas de intestino delgado. El diagnóstico⁷ de la diverticulosis de intestino delgado suele ser un hallazgo incidental en la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, laparotomía o enteroscopia de doble balón. Aunque la endoscopia (cápsula y doble balón) puede diagnosticar anomalías intraluminales del intestino delgado, su utilidad en situaciones de urgencia es limitada. El seguimiento con bario y la enteroclisia son las modalidades de diagnóstico de elección para pequeños divertículos intestinales⁸. La tomografía computarizada del abdomen y la pelvis es el estudio más útil para identificar la formación de abscesos tras la perforación diverticular. Aunque no es específica, este hallazgo puede demostrar la diverticulitis yeyunoileal entre otros diagnósticos diferenciales, como neoplasmas, la enfermedad de Crohn focal, úlceras inducidas por medicamentos y hematomas traumáticos⁹. Nuestro caso es especial por presentar una diverticulitis yeyunal perforada secundaria a una espina de pescado. El tratamiento de elección para los divertículos yeyunales perforados causando peritonitis generalizada es la laparotomía urgente con resección intestinal segmentaria y anastomosis primaria. La extensión de la resección del intestino depende de la longitud del intestino que se ve afectado por los divertículos y las condiciones perioperatorias del paciente. Si los divertículos son extensos, la resección tiene que ser limitada para incluir sólo el



Figura 2 Estructura filiforme y angulada, correlacionable con espina de pescado, insertada en uno de los divertículos con perforación del mismo.

segmento que contiene el divertículo perforado y dejar un segmento de intestino delgado que contenga divertículos no perforados con el fin de evitar el síndrome de intestino corto¹⁰. La diverticulosis yeyunoileal y sus complicaciones asociadas son raras. Su diagnóstico preoperatorio es difícil, pero debe ser considerado en casos de síntomas abdominales inexplicables y peritonitis. Dada la alta tasa de mortalidad de diverticulitis yeyunal, un diagnóstico preciso seguido de una intervención adecuada es fundamental.

Bibliografía

1. Brady AP, Malone DE, McGrath FP. Perforated jejunal diverticulosis: Radiologic diagnosis. *Can Assoc Radiol J.* 1994;45:231-3.

2. Cunningham SC, Gannon CJ, Napolitano LM. Small-bowel diverticulosis. *Am J Surg.* 2005;190:37-8.
3. Makris K, Tsiotos GG, Stafyla V, Sakorafas GH. Small intestinal nonmeckelian diverticulosis: Clinical review. *J Clin Gastroenterol.* 2009;43:201-7.
4. Woods K, Williams E, Melvin W, Sharp K. Acquired jejunoileal diverticulosis and its complications: A review of the literature. *Am Surg.* 2008;74:849-54.
5. Sakurai Y, Tonomura S, Yoshida I, Masui T, Shoji M, Nakamura Y, et al. Abdominal wall abscess associated with perforated jejunal diverticulitis: Report of a case. *Surg Today.* 2005;35:682-6.
6. Kassahun WT, Fangmann J, Harms J, Bartels M, Hauss J. Complicated small-bowel diverticulosis: A case report and review of the literature. *World J Gastroenterol.* 2007;13:2240-2.
7. Hyland R, Chalmers A. CT features of jejunal pathology. *Clin Radiol.* 2007;62:1154-62.
8. Carey EJ, Fleischer DE. Investigation of the small bowel in gastrointestinal bleeding-enteroscopy and capsule endoscopy. *Gastroenterol Clin North Am.* 2005;34:719-34.
9. Shanmugam RP, Shivakumar P. A rare complication of jejunal diverticulosis. *Trop Gastroenterol.* 2006;27:134-5.
10. Mattioni R, Lolli E, Barbieri A, D'Ambrosi M. Perforated jejunal diverticulitis: Personal experience and diagnostic with therapeutic considerations. *Ann Ital Chir.* 2000;71:95-8.

Jacob Motos Micó^{a,*}, Francisco Javier Velasco Albendea^b, Manuel Ferrer Márquez^a, Manuel Ferrer Ayza^a y Rafael Rosado Cobián^a

^a Servicio Cirugía General y Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jacob.motos@hotmail.com (J. Motos Micó).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.11.012>

Metástasis del apéndice cecal como primera manifestación de un carcinoma pancreático. Metástasis cecal inusual



Metastasis from the cecal appendix as the first manifestation of a pancreatic carcinoma. Atypical cecal metastasis

La afectación metastásica del apéndice cecal es muy infrecuente y generalmente secundaria a tumores malignos localizados en ovario, tracto gastrointestinal o el cerebro. El páncreas rara vez metastatiza a esa localización y, cuando lo hace, suele ser en el contexto de una enfermedad avanzada. Presentamos el caso de un varón que debutó con dolor en fosa ilíaca derecha (FID) secundario a invasión tumoral del apéndice cecal. El estudio posterior demostró la existencia de un tumor primario en páncreas que había pasado desapercibido hasta ese momento.

Varón de 59 años, sin antecedentes personales de interés, que refería dolor a nivel de FID de 6 meses de evolución. Por este motivo se le realizó ecografía con diagnóstico de hernia inguinal derecha, estando pendiente de intervención quirúrgica. Ingresó en el servicio de aparato digestivo por un episodio de hemorragia digestiva alta secundaria a un úlcus bulbar en relación con la toma de antiinflamatorios (AINES), pautados para el control sintomático del dolor de la hernia inguinal. No refería otros síntomas y en la exploración física únicamente destacaba un abdomen doloroso en FID, sin palpase masas u organomegalias. En los análisis se constató: hemoglobina 10,6 g/dl, VCM 95,6 fl, plaquetas 605.000 por μ l, tiempo de protrombina (TP) 67,4%, encontrándose el resto de parámetros analíticos dentro de los límites normales. La endoscopia digestiva alta puso de manifiesto la mencionada úlcera bulbar. Ante la persistencia del dolor en FID se solicitó una nueva ecografía abdominal, evidenciándose a dicho nivel una colección de ecoestructura heterogénea y consistencia sólido-líquida, de unos 7 cm de diámetro mayor, sin poder precisar su origen. No se apreció hernia inguinal. Los hallazgos de la tomografía axial