

**Síndrome Peritoneal por Diverticulitis de Yeyuno.
Estado Actual y presentación de un caso
Peritoneal Syndrome due to Jejunal Diverticulitis. Current
status and case report**

Armando Quintana Proenza
mandyqba72@gmail.com

UNIANDES

Damne Coteño Acosta
damnekba@gmail.com

UNIANDES

Mónica Tatiana Villagran Sánchez
taty_10vills@hotmail.com

SALUD

RESUMEN

La diverticulosis yeyunal es una afección rara en la que la gran mayoría de los pacientes son asintomáticos, pero sus complicaciones (también poco frecuentes), son enfermedades potencialmente mortales que requieren terapia no quirúrgica intensiva y cirugía de emergencia. Se presentó un caso inusual de diverticulitis yeyunal causando abdomen agudo, el cual fue intervenido quirúrgicamente con resultados satisfactorios en el Hospital Universitario Docente Clínico Quirúrgico "Amalia Simoni" de la provincia de Camagüey, Cuba. Los principales signos y síntomas, el diagnóstico preoperatorio, las complicaciones y el tratamiento de la diverticulosis yeyunal fueron descritos a través de una revisión de la literatura actual disponible. Las características clínicas y el manejo adecuado de la diverticulitis yeyunal como complicación de la diverticulosis, también fueron expuestos.

PALABRAS CLAVE: Diverticulosis yeyunal, Síndrome peritoneal, Diverticulitis.

ABSTRACT

Jejunal diverticulosis is a rare condition in which the vast majority of patients are asymptomatic, but complications (also rare) are life-threatening conditions that require intensive nonsurgical therapy and emergency surgery. An unusual case of jejunal diverticulitis causing acute abdomen, which was operated successfully in the University-Hospital "Amalia Simoni" in the province of Camaguey, Cuba was presented. The main signs and symptoms, preoperative diagnosis, complications and treatment of jejunal diverticulosis are described through a review of current literature available. Clinical features and proper handling of jejunal diverticulitis as a complication of diverticulosis, are also exposed.

KEY WORDS: Jejunal diverticulosis, Peritoneal syndrome, Diverticulitis

Recibido: Septiembre 2015. **Aceptado:** Diciembre 2015
Universidad Regional Autónoma de los Andes UNIANDES

INTRODUCCIÓN

Los divertículos, del latín *diverticulum* (desviación de un camino), son apéndices ciegos en forma de bolsa que se desarrollan en las paredes de un órgano hueco y siempre se hallan comunicados con la luz del órgano principal (Romero, 1985).

Según Valera (2007), los divertículos pueden formarse según dos tipos de fenómenos: la tracción y la pulsión. La tracción se produce cuando aparecen inflamaciones en los tejidos vecinos con lo que provocan un estiramiento localizado en un punto de la pared muscular de la víscera, y acaban provocando la formación de un divertículo. La pulsión parece deberse a la existencia de zonas de menor resistencia de la pared muscular con lo que ésta acaba cediendo y formando el correspondiente divertículo. El contenido acumulado en la víscera ejerce progresivamente presión sobre la evaginación primigenia; con el tiempo se produce un aumento gradual de sus dimensiones hasta formarse la bolsa diverticular (Pedraza, 2010).

La diverticulosis yeyuno-ileal no meckeliana es una entidad de presentación rara y, según algunos autores, oscila entre 0,1% y 1,4%, encontrándose en menos del 5% de las autopsias (0.02% - 4.1% en estudios necrópsicos) y en menos del 2,5% de los pacientes sometidos a un examen exhaustivo radiológico mediante enteroclis (Haiderer, 1991 y Leon, 1996).

Fiane (1990) plantea que los divertículos de intestino delgado pueden ser verdaderos o falsos. Los primeros son considerados de origen congénito, contienen histológicamente todas las capas de la pared intestinal, su ubicación principal es a nivel duodenal y, en los raros casos en que tienen asiento en yeyuno o íleon, lo hacen en su mayoría en el borde anti-mesentérico y son habitualmente únicos, aunque pueden ser múltiples. Los segundos son considerados adquiridos y constituyen de manera similar a los del colon, herniaciones de la mucosa a través de orificios potenciales de la pared muscular por donde ingresan los vasos sanguíneos, por lo que se localizan adyacentes al mesenterio, fisiopatogénicamente son producidos por pulsión, se ubican en el borde mesentérico y con relativa frecuencia son asiento de tejido pancreático y mucosa gástrica o colónica ectópicos (Ennker, 1985). Según Fang (2000), las diverticulosis de intestino delgado proximal constituyen, junto con las ileales, sólo el 20% aproximadamente, en comparación con casi el 80% de las duodenales; sin embargo, el riesgo de complicaciones, en especial de perforación, es mucho más frecuente en las primeras. En esta zona se observan principalmente en la parte alta del yeyuno, inmediatamente después del ligamento de Treitz (Clemente, 1995). Aproximadamente en la mitad de los casos se presentan como divertículos múltiples y de un 60% a un 90% son asintomáticos y son hallazgos casuales durante estudios por otras patologías, aunque se han reportados síntomas vagos de curso crónico como dolor abdominal posprandial, distensión abdominal, flatulencia, borborigmos, malabsorción, náuseas, vómitos, diarrea y constipación, así como trombocitopenia, anemia y esteatorrea (Benya, 1991).

Según plantean Andrianne y Handelberg (1983), como estos divertículos son poco frecuentes, sus complicaciones deben considerarse raras. De hecho, se ha reportado

que solo entre el 6% y el 13% de los pacientes que los portan, sufren complicaciones como la hemorragia (2,7%), la obstrucción (3%) y la diverticulitis, que varía desde la inflamación leve hasta la gangrena con perforación y peritonitis (7%). En este último extremo, la mortalidad alcanza el 40% (Babcock, 1976 y Albu, 1995).

No obstante la gravedad del cuadro, la baja frecuencia de la diverticulitis como causa de abdomen agudo determina que su diagnóstico clínico no sea sencillo. Muchas veces se confunde con cuadros del abdomen superior, como úlcera péptica, colecistitis aguda o hasta apendicitis aguda, siendo ya diagnosticada en un instante tardío del proceso (Forse, 1980 y Ferrer, 2013).

Según el artículo de Matteoni (2000), los métodos complementarios de diagnóstico de la diverticulosis se seleccionan de acuerdo a la forma clínica de presentación, considerándose de utilidad los estudios contrastados de tubo digestivo, los exámenes endoscópicos, la tomografía axial computada (TAC), la ecografía, los estudios angiográficos o la centellografía llevados a cabo por otras causas.

El diagnóstico de certeza de la diverticulitis es la TAC la que identifica la afectación mural, serosa y hasta mesentérica en casos de perforación (Sibille, 1992 y Sánchez, 2009). Sin embargo, no es infrecuente que la TAC sólo sirva para localizar la afección yeyunal y que la presentación como abdomen agudo determine la necesidad de un manejo quirúrgico, en ocasiones sin un diagnóstico de la entidad originaria del cuadro; pudiéndose incluir la laparoscopia diagnóstica y la laparotomía como método diagnóstico-terapéutico (Peters, 1999). En algunas series esta situación ha llegado a presentarse hasta en un 90% de los casos (Scrimgeour, 1989 y Perea, 2002).

Según los trabajos de Novak (1997) y Motos (2014), el tratamiento depende de la forma clínica de presentación. Si la misma es un abdomen agudo por perforación diverticular y peritonitis, la laparotomía o la laparoscopia con resección segmentaria son los procedimientos a elegir (como se hizo en el caso presentado), pues otras técnicas están contraindicadas en presencia de inflamación en dicha localización.

Los artículos de Hasrris (1997), Nari (2012) y Niño (2000), establecieron que la oclusión intestinal o la hemorragia digestiva profusa que no responde al manejo médico o intervencionista son también tributarias de un procedimiento quirúrgico de resección.

Novak (1997) plantea que cuando los divertículos son asintomáticos, pero conocidos, la actitud debe ser expectante. En los casos de dolor abdominal causado por una inflamación diverticular el tratamiento con antibióticos y anti-inflamatorios suele ser suficiente. Lo mismo sucede en casos de anemia crónica leve en los que el manejo debe ser de tipo médico (Hibbeln, 1995 y Klee, 1997).

DESARROLLO

Presentación del caso

Paciente C.R.M. de 50 años de edad, masculino, mestizo, con antecedentes de trastornos dispépticos condicionados por una gastritis sin tratamiento médico, fumador

Recibido: Septiembre 2015. **Aceptado:** Diciembre 2015

Universidad Regional Autónoma de los Andes UNIANDES

inveterado y bebedor ocasional. Llega en horas de la madrugada al servicio de urgencias aquejando dolor abdominal de varias horas de evolución, que comenzó en el hipocondrio derecho e incrementó su intensidad para luego irradiarse a la región periumbilical, donde se mantuvo de forma constante y acompañado de fiebre moderada, acidez, náuseas y vómitos de contenido intestinal y bilioso.

Exploración física:

Normosómico. Halitosis.

- FC: 92 latidos por minuto. Tensión arterial: 110/70 mmHg.
- Temperatura axilar: 38°C. Temperatura rectal: 38.5°C.
- Abdomen: Ligeramente distendido, inmóvil, doloroso a la palpación difusa, principalmente en la región periumbilical. No había contractura abdominal, aunque se encontró ligera reacción peritoneal en epigastrio.
- Resto del examen físico sin hallazgos significativos.

Exámenes de laboratorio:

Hemoglobina: 129 g/L. Leucocitos: 15,0 x10⁹/L con polinucleosis.

Radiografía simple de abdomen de pie: Ligeramente aumento del patrón gaseoso de asas delgadas con algunos niveles hidroaéreos aislados.

Radiografía simple de tórax PA: No hay signos de neumopatía inflamatoria ni de neumoperitoneo, aún después de instilar aire por una sonda nasogástrica.

Tratamiento:

Se procedió a practicar laparotomía exploradora con la sospecha de una posible apendicitis aguda atípica. Se encontró una diverticulosis múltiple de yeyuno proximal a unos 5 cm. del ligamento de Treitz, con varios de ellos engrosados, de aspecto inflamatorio y cubiertos por fibrina. (Ver figuras 1 y 2)



Figura 1. Espécimen quirúrgico de yeyuno proximal con 22 divertículos, varios de ellos inflamados. **Fuente:** Archivos personales del autor



Figura 2. El patólogo señala los divertículos más grandes. **Fuente:** Archivos personales del autor.

Se practicó resección de todo el segmento afectado con anastomosis termino-terminal en un plano extramucoso de material no absorbible, con puntos interrumpidos y lavado de la cavidad con solución salina seguido de aspiración y secado de la misma. Se empleó Cefazolina en el momento de la inducción anestésica y hasta 24 horas de postoperatorio.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria y el paciente fue egresado al quinto día sin complicaciones.

Estudio histológico de la pieza:

Diverticulosis múltiple de yeyuno con presencia de mucosa colónica y diverticulitis aguda fibrinopurulenta.

CONCLUSIONES

La diverticulitis del yeyuno ha sido reportada esporádicamente (Manouras, 1990). Según Graupe (1995) y Gotian (1998), sus formas más frecuentes de presentación son la perforación libre en la cavidad peritoneal, la formación de abscesos intramesentéricos, las fístulas a la pared abdominal con formación de abscesos en la misma y la forma inflamatoria, que fue la que presentó el caso que nos ocupa.

Bulin (2013), en su artículo "Tratamiento laparoscópico de un paciente con diverticulitis yeyunal perforada", plantea que los síntomas que con mayor frecuencia se reportan son dolor abdominal de intensidad variable localizado en la región periumbilical o flanco izquierdo, fiebre ligera, náuseas y vómitos asociados a anemia y pérdida de peso.

Según Sánchez (2009), los medios diagnósticos de mayor utilidad resultan la seriada gastroduodenal y la TAC, al evidenciar las imágenes de adición típicas de los divertículos y las colecciones correspondientes a abscesos intramesentéricos respectivamente. Aunque algunos autores como Novak (1997), han reportado el manejo exitoso de las diverticulitis yeyunales con tratamiento médico basado en soporte nutricional y empleo de antimicrobianos, o mediante la aspiración percutánea de abscesos con control ecográfico o tomográfico, existe consenso respecto a que la resección quirúrgica o laparoscópica es la mejor opción terapéutica al eliminar todo el segmento afectado previniendo de esta forma, futuras y peligrosas complicaciones responsables de hasta un 32% de mortalidad reportado en algunos estudios (Cross, 1993 y Zapata, 2000).

Para concluir, es importante conocer la existencia de la diverticulosis yeyuno-ileal y tenerla presente dentro de los diagnósticos diferenciales de dolor abdominal crónico, síndrome malabsortivo y anemia de etiología no determinada, principalmente en pacientes que llevan varios años con esa sintomatología. Finalmente y coincidiendo con otros autores, el tratamiento debe proponerse de manera individual y acorde al caso.

REFERENCIAS

- Albu E, Parikh V, Alankar S and Gerst PH. (1995). Perforated solitary jejunal diverticulum. *South Med J*, 88(5), 575-6.
- Andrianne Y, Handelberg F and Ansay J. (1983). Complications of jejunal diverticulosis. Apropos of 2 cases. *Acta Chir Belg*, 83(6), 398-403.
- Babcock TL, Hutton JE Jr and Salander JM. (1976). Perforated jejunal diverticulitis. *Am Surg*, 42(8), 568-71
- Benya EC, Ghahremani GG and Brosnan JJ. (1991). Diverticulitis of the jejunum: clinical and radiological features. *Gastrointest Radiol*, 16(1), 24-8.
- Bulis VF, Martínez RD, Sánchez CJ, Domenech CJ, Vives EM, Socías SM y Baeta CE. (2013). Tratamiento laparoscópico de un paciente con diverticulitis yeyunal perforada. *Rapd Online*, 36 (4).
- Clemente A and Davini MD. (1995). Jejunal diverticulosis: report of a case and review of the literature. *Minerva Chir*, 50(5), 497-500.
- Cross MJ and Snyder SK. (1993). Laparoscopic-directed small bowel resection for jejunal diverticulitis with perforation. *J Laparoendosc Surg*, 3(1), 47-9.
- Ennker J and Ziegler H. (1985). Recurrent ileus in jejunal diverticulitis. *Chirurg*, 56(10), 651-4.
- Fang M, Agha S, Lee R, Culpepper-Morgan J and D'Souza A. (2000). Perforation of jejunal diverticulum: case report and review of literature. *Conn Med*, 64(1), 7-10.
- Ferrer A, Araujo JC, Paz D, González Y, Borjas M y Durán M. (2013). Diverticulosis yeyunal complicada causa poco frecuente de abdomen agudo. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Vitae. Academia Biomédica Digital. Revista Digital*. Julio-Septiembre de. No. 55. Disponible en: http://vitae.ucv.ve/index_pdf.php?module=articulo_pdf&n=4826&rv=108. Consultado 5 de febrero de 2015.
- Fiane AE. (1990). Jejunal diverticulitis. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 110(5), 595.
- Forse RA, Tabah EJ. (1980). Jejunal diverticulosis, *Can J Surg*, 23(3), 291-3.
- García JL, Otero J, Santamaría L y Pérez A. (2005). Diverticulitis yeyunal. Una causa poco frecuente de abdomen agudo. *Cirugía Española*, 77 (6), 357–358.
- Gotian A and Katz S. (1998). Jejunal diverticulitis with localized perforation and intramesenteric abscess. *Am J Gastroenterol*, 93(7), 1173-5
- Graupe F and Rassek D. (1995). Diverticulitis of the jejunum as a rare cause of acute gastrointestinal hemorrhage. Diagnosis and therapy. *Leber Magen Darm*, 25(6), 279-81.
- Haiderer O, Wustinger E. (1991). Acute diverticulitis of the jejunum. A rarely diagnosed cause of peritonitis. *Wien Med Wochenschr*, 141(3), 45-6.

Recibido: Septiembre 2015. **Aceptado:** Diciembre 2015
Universidad Regional Autónoma de los Andes UNIANDES

- Hananel N, Powesner E and Wollich Y. (1993). Recurrent spontaneous jejunal perforation. *Hanefuah*, 124(5), 268-9.
- Harris LM, Volpe CM, Doerr RJ. (1997). Small bowel obstruction secondary to enterolith impaction complicating jejunal diverticulitis. *Am J Gastroenterol*, 2(9), 1538-40
- Hibbeln JF, Gorodetsky AA, Wilbur AC. (1995). Perforated jejunal diverticulum: CT diagnosis. *Abdom Imaging*, 20(1), 29-30.
- lung B, Baudouy P, Ngoc VP, Faucher B, Borie H, Longueville G and Valleteau de Moulliac M. (1992). Jejunal perforation by cholesterol embolus: a case treated surgically. *Rev Med Interne*, 13(5), 371-4.
- Klee FE, Osswald BR, Wysocki S. (1997). Severe abdominal pain and thrombocytopenia-typical symptoms of occult jejunal diverticulum perforation. *J Gastroenterol*, 32(2), 246-50.
- Leon CJ e Iñiguez SA. (1996). Jejunal diverticulitis: an unusual cause of acute abdomen. *Am J Gastroenterol*, 91(2), 393-4
- Manouras AJ, Katergiannakis VA, Staptaladis AP, Pararas BN and Apostolidis NS. (1990). Perforated small bowel diverticulosis. Case report. *Acta Chir Scand*, 156(6-7), 489-90).
- Matteoni R, Lolli E, Barbieri A and D'Ambrosi M. (2000). Perforated jejunal diverticulitis: personal experience and diagnostic with therapeutical considerations. *Ann Ital Chir*, 71(1), 95-8.
- Motos Micó J. (2014). Abdomen agudo secundario a diverticulitis yeyunal perforada. *Gastroenterol Hepatol*. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.11.012>
- Nari GA, Azar R, Feliu L, Moreno E y Bonaparte F. Hemorragia digestiva y abdomen agudo peritonítico causado por diverticulitis yeyunal. Presentación de un caso. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana* 2012;42:53-55. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199323373015>. Fecha de consulta: 29 de mayo de 2015.
- Niño SJ, Girón QG, Sánchez FP, Blanco BR, Gómez JL y Muñoz OR. (2000). Hemorragia de tubo digestivo secundaria a angiodisplasia yeyunal asociada a diverticulosis yeyunal. *Rev Gastroenterol Mex*, 65 (2).
- Novak JS, Tobias J and Barkin JS. (1997). Nonsurgical management of acute jejunal diverticulitis: a review. *Am J Gastroenterol*, 92(10), 1929-31.
- Pedraza NF y Roa A. (2010). Diverticulosis del yeyuno: complicaciones y manejo; reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Cir*, 25:48-55.
- Perea GJ, Turégano FF, Pérez DM y Sanz SM. (2002). Diverticulitis de yeyuno perforada. *Gastroenterol Hepatol*, 25(8),526-7.

- Peters R, Grust A, Gerharz CD, Dumon C and Furst G. (1999). Perforated jejunal diverticulitis as a rare cause of acute abdomen. *Eur Radiol*, 9(7), 1426-8.
- Romero TR. (1985). *Tratado de Cirugía, T II*. México. Nueva Editorial Interamericana, 1492.
- Sánchez PM, Muñoz JM, Moreno PE y Luque DEL, Torreblanca MM. (2009). Diverticulitis yeyunal como causa de abdomen agudo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 47 (5), 553-556.
- Scrimgeour D and Irving AD Br. (1989). Perforated jejunal diverticulitis. *J Clin Pract*, 43(4), 165-6.
- Sibille A and Willocx R. (1992). Jejunal diverticulitis. *Am J Gastroenterol*, 87(5), 655-8.
- Valera SZ, Suárez GJ, Flores CM y Suárez AG. (2007). Diverticulosis yeyunal. *Cirugía Española*, 82 (4), 244-244.
- Zapata L Rodrigo, Rojas S Carolina y Gaete V Fancy. (2000). Diverticulosis yeyunal: una causa infrecuente de hemorragia digestiva. Caso clínico. *Rev. méd. Chile* [revista en la Internet]. 128(10): 1133-1138. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872000001000009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000001000009>. Consultado 9 de Mayo de 2015.
- Zapata LR, Rojas SC y Gaete VF. (2000). Diverticulosis yeyunal: una causa infrecuente de hemorragia digestiva. Caso clínico. *Rev. Méd. Chile*, 128 (10).