

CASOS CLINICOS

Hemorragia digestiva grave por diverticulosis yeyunal

Dres. Nisso Gateño Yaffé, Alicia Lucinschi y Prudencio Guzmán *

Se presenta un caso clínico de hemorragia digestiva grave por diverticulitis yeyunal complicada. Se destaca lo infrecuente de esta entidad y su complicación. Se hacen consideraciones acerca de la etiopatogenia, cuadro clínico y tratamiento, insistiéndose en la utilidad de la enterotomía exploradora para localizar la fuente de sangrado.

Palabras clave (Mots clés, Key words) MEDLARS: Hemorrhage, gastrointestinal / Etiology.

El origen yeyuno-ileal de la hemorragia digestiva es sumamente raro, en comparación con las causas esófago-gástricas y colónicas siendo, la mayoría de las veces un hallazgo operatorio y una sorpresa para el cirujano actuante.

El haber vivido y documentado un caso de hemorragia digestiva alta de tipo grave, como consecuencia de una complicación de una diverticulosis yeyunal nos ha parecido de interés comunicarlo en esta sociedad.

CASO CLINICO

N.B.L. 73 años. Sexo femenino.

Ingres a sanatorio el 18 de abril de 1973.

Seis años antes (6/VI/67) se le efectúa una gastrectomía parcial distal 2/3 con reconstrucción del tránsito según técnica de Hoffmeister Finsterer, por ulcus crómico de pequeña curva, prepilórico, confirmado por estudio histopatológico. Un año después comienza con ardores epigástricos y pirosis, esporádicos, que calman con la ingesta de alcalinos; sensación de plenitud epigástrica postprandial precoz.

Se efectúa estudio radiológico contrastado de gastroyeyuno que no evidenciaba elementos lesionales. Colicistograma normal.

Un año después (octubre 1969) continuaba con ardores epigástricos con iguales caracteres a lo que se agregó vómitos biliosos postprandiales. Dolor en hipocondrio derecho que calmaba con la expulsión de gases. Se le efectuaron nuevos estudios radiológicos (co-

Clínica Quirúrgica "B" (Prof. Dr. Jorge Pradines). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo. Uruguay.

lecistograma y gastroyeyuno) que fueron normales. El colon por enema mostró la existencia de una colopatía diverticular localizada en sigmoides sin elementos de actividad. Hemograma normal; reacción de Weber negativa. Se le medicó con protectores de la mucosa gástrica y antiespasmódicos, lo que mejoró la sintomatología aunque persistía con ardores epigástricos esporádicos.

El 18 de abril de 1973 presenta por la mañana mareos, sensación de inestabilidad, sucedido por deposiciones de materias alquitranadas en dos oportunidades, que la enferma evaluó en unos 300-400 cc. Presentó sensación de plenitud epigástrica pero no vómitos ni otra sintomatología. Los familiares la notan pálida, por lo que consulta.

Al examen se comprueba (hora 14): Enferma lúcida, obesa, P.A.: 130/90. Palidez cutáneo-mucosa moderada. Pulso 100 p.m. tenso. El examen abdominal es prácticamente negativo. Tacto rectal: vienen materias alquitranadas al guante.

Diagnóstico clínico: Hemorragia digestiva alta, de mediana intensidad, detenida, probablemente originada en ulcus de neoboca.

Se efectúa reposición de la volemia por descubierta venosa.

Hora 20: Se le ha administrado 1000 cc de sangre y 1000 cc de suero gluco-fisiológico. Está compensada hemodinámicamente y tiene un buen gasto urinario. Se hace el diagnóstico de hemorragia detenida.

19 de abril de 1973, hora 13: Minutos antes la enferma se siente mareada, obnubilada, sudorosa y tiene en el lapso de 15 minutos dos deposiciones abundantes, la primera de materias alquitranadas y la segunda de sangre oscura.

Al examen: Enferma excitada, intensa palidez cutáneo-mucosa. Extremidades frías, colapso venoso periférico, pulso de 130 p.m., fino, fácilmente colapsable. P.A.: Mx. 50 mm.

Se hace diagnóstico de hemorragia digestiva en curso por lo que se decide hacer reposición de volemia y laparotomía exploradora. Transfusión de 1500 ml de sangre y 1500 ml de suero glucofisiológico con lo que se mejora el estado de perfusión tisular alcanzándose cifras de tensión arterial aceptables.

(Hora 14 y 30). Intervención. Anestesia general. Incisión mediana supraumbilical.

Exploración: La anastomosis gastro-yeyunal es normal a la palpación externa y a la inspección. El ye-

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 2 de abril de 1975.

* Profesor Adjunto y Médico Auxiliar de Clínica Quirúrgica. Becario extranjero de Clínica Quirúrgica Dirección: Carlos Anaya 2881, Montevideo (Dr. Gateño).

yuno está lleno de sangre desde unos 20 cm de la neoboca eferente. A partir de los 10 cm distales a la anastomosis y en la extensión de un metro aproximadamente se visualizan gran cantidad de formaciones diverticulares, en el borde mesentérico, de diversos tamaños, que oscilan entre 3 y 20 mm de diámetro. A unos 13 cm de la neoboca eferente hay un divertículo más grande y que a la palpación impresiona como indurado en su fondo.

Se sospecha que la hemorragia proviene de alguno de estos divertículos, con toda seguridad del indurado. Para confirmarlo se secciona el intestino por su cara ante-mesentérica, a dos cms por encima del divertículo sospechoso y se introduce una gasa en sentido proximal y otra en sentido distal. La gasa distal viene teñida en sangre roja que se ve saliendo del fondo de un divertículo. La gasa proximal no viene teñida en sangre.

Enterectomía de la zona que asienta la diverticulosis, reconstituyendo el tránsito con anastomosis látero-lateral.

Evolución: No repite la hemorragia; supuración parietal. Alta a los 10 días.

Eventración que es reparada un año después. Actualmente cursa en buen estado, asintomática.

ANATOMIA PATOLOGICA

Segmento de intestino delgado de 90 cms de longitud, abierto por su borde antemesentérico. Se observan numerosas formaciones saculares de base de implantación sesil, en el borde mesentérico, de tamaño oscilante entre apenas visibles hasta de unos 2 cms de diámetro, cuyo polo mesentérico está cubierto por el tejido adiposo mesial. No presentan aspecto macroscópico inflamatorio y las paredes son de consistencia blanda (Fig. 1). Hacia uno de los extremos de la pieza se visualiza una de estas formaciones de tamaño algo mayor, de unos 25 mm de longitud por 15 mm de diámetro cuya pared es de consistencia algo más firme que la de los restantes divertículos.

Por la cara mucosa de la pieza se visualiza mucosa de aspecto, coloración y pliegues normales y orificios múltiples por los que se evagina mucosa hacia los divertículos. Ninguno de ellos presenta elementos inflamatorios ni de sangrado. El divertículo cuyo aspecto macroscópico era llamativo presenta en su interior mucosa ulcerada y un fondo con tejido de granulación con aspecto de sangrado reciente.

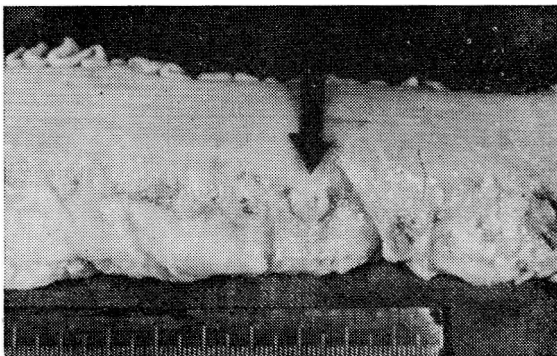


FIG. 1.—Intestino delgado cortado por su cara antemesentérica. Vista de su cara serosa. La flecha indica uno de los divertículos haciendo protrusión.

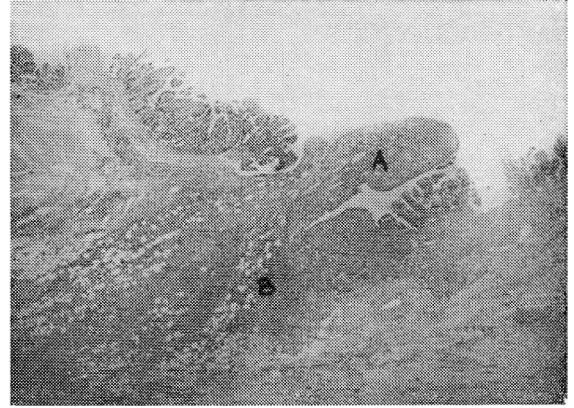


FIG. 2.—Corte longitudinal del divertículo sangrante en el que se aprecia la solución de continuidad de la mucosa que lo tapiza y un brote de tejido de granulación (A). Se destaca la riqueza de la vascularización de este tejido (B).

Se realiza estudio microscópico de este divertículo y su fondo y de otro de los presentes.

Examen microscópico: El fragmento del divertículo no complicado muestra que está formado por mucosa evaginada, acompañada de muscularis-mucosa y escasas fibras musculares; la mucosa está sana y en el fondo del divertículo se visualiza tejido adiposo.

El fragmento del divertículo complicado muestra revestimiento de tipo intestinal que se interrumpe abruptamente con pérdida de la capa mucosa y un tejido de granulación con abundante cantidad de vasos de neoformación (Fig. 2). El fondo del divertículo está formado por tejido adiposo, moderada infiltración hemática y leucocitaria.

En suma: Diverticulosis intestinal; diverticulitis.

COMENTARIO

Es clásico atribuir a Sir Ashley Cooper la primera descripción de esta entidad en el año 1844 (25) aunque a decir de Walker (24) éste es un error dado que aparece esta cita en una obra publicada por el mismo autor en 1807.

Hay autores (14) que atribuyen a Chomel la descripción en 1710 de un divertículo ye-yunal y otros como Fisher que atribuyen la prioridad a Sommering en 1794 (19).

El primer trabajo científico casuístico y de gran interés es el de Casé (5) publicado en 1920 con estudios radiológicos.

De los múltiples autores que se han ocupado del tema se deben destacar Edwards (8) que trató fundamentalmente la etiopatogenia; Benson y col. (3) que hacen una recopilación de 122 casos que luego se completa por Mayo y col. (14).

Shackelford y Marcus (19) en 1960 se ocupan de una revisión de la complicación hemorrágica de esta entidad.

En nuestro medio se han ocupado del tema Suaya (20) e Ituño y Bergalli (11) así como Valls (22,23), R. Praderi (18) y Cazabán (6), no tratándose en ningún caso de complicaciones hemorrágicas.

La incidencia de la diverticulosis yeyunal es extremadamente baja y difícil de valorar ya que su traducción clínica es en la mayoría de los casos por sus complicaciones o de lo contrario es un hallazgo operatorio.

Axelrod (2) en 462.725 ingresos encuentra esta entidad en 9 casos y Benson y col. (3) en estadísticas de ingresos desde 1909 a 1942 en la Mayo Clinic lo encuentran en 122 pacientes.

El hallazgo radiológico es obviamente aún más infrecuente siendo para Edwards (8) un 0,0186 % de los estudios contrastados y para Orr y Russell (15) un 0,42 %.

Los porcentajes de hallazgos necrópsicos oscilan entre un 4,5 % para Torrender y un 0,26 % y un 0,31 % para Altmeier (1) y Edwards (8) respectivamente.

Sin querer entrar en el análisis de las múltiples teorías patogénicas, diremos que la más aceptada (17) es la propuesta por Edwards quien basándose en que estos divertículos se hallan siempre en el borde mesentérico, lugar de entrada de los vasos de la pared intestinal, propone que este punto es el de menor resistencia parietal denominándolo "locus minoris resistentiae". A través de este punto se produciría la herniación de la mucosa para lo cual hay que admitir la existencia de una fuerza propulsora que estaría dada por una contracción desordenada del intestino, es decir una disquinesia (8).

Otros factores involucrados como coadyuvantes serían la degeneración adiposa, la hipoplasia muscular intestinal congénita, la miomatosis tóxica y la atrofia senil (17).

Jung y Boudin (12) intentaron relacionar la presencia de divertículos y úlcera gastroduodenal.

De acuerdo al cuadro clínico pueden clasificarse en tres grandes grupos: los asintomáticos, los que presentan leve dispepsia (comprendiendo este grupo la mayoría de ellos) y los que se presentan complicados que constituyen el 25 % (15). A estos tres grupos se podría agregar aquellos que se presentan con síndromes de asa ciega (17).

Las complicaciones pueden ser múltiples, citándose más frecuentes la oclusión intestinal, ya sea aguda o crónica, las peritonitis agudas secundarias a diverticulitis y/o perforación diverticular y la hemorragia digestiva (11, 14, 15, 17, 20, 25).

Como complicaciones menos frecuentes se citan las producidas por cuerpos extraños intradiverticulares y por formación de tejido heterotópico o una lesión neoplásica benigna o maligna.

Dentro del grupo de complicaciones más frecuentes, la hemorragia es la que se ve con menor grado e incidencia (16) estimándose en un 6 % de los casos de diverticulosis yeyunal (4,10).

La modalidad de sangrado más frecuente es bajo la forma de melenas y/o sangrado oculto crónico, que lleva a una anemia ferropénica (17,19). Es común en estos casos que, agotados los procedimientos diagnósticos se descubra la causa al efectuar la laparotomía ex-

ploradora como un gesto diagnóstico más en la búsqueda de una neoplasia del tracto digestivo.

La hematemesis puede aparecer como evidencia de movimientos antiperistálticos, pero es sumamente rara, habiéndose descrito pocos casos en la literatura (19).

Referente al volumen del sangrado, como ya lo expresamos, lo habitual es que sea escaso pero repetido, y la forma de sangrado masivo con shock que requiere una reposición de volemia rápida, es sumamente rara (7, 13, 19, 21, 26), lo que ha llevado a Kozoll y col (13) a decir que el cirujano que se encuentre una vez con este problema es probable que no lo vuelva a hallar nunca más en el curso de su carrera.

Referente al mecanismo etiopatogénico de la hemorragia se han trazado varias hipótesis. Raramente es comprobada en estos divertículos la presencia de tejido gástrico heterotópico o pancreático, tan frecuente en el divertículo de Meckel (21).

Lo más frecuente como hallazgo anatómopatológico, es la presencia de pequeñas ulceraciones con proliferación de tejido de granulación en su fondo, es decir, la imagen de la diverticulitis inespecífica.

Este proceso inflamatorio actuando sobre una pared ya comprometida en su irrigación provocaría la erosión de los vasos sanguíneos (10).

Se ha pretendido una explicación traumática para algunos casos le sangrado en que se encuentra un cuerpo extraño intradiverticular (concreciones fecales, restos alimenticios, etc.).

Kozoll y col. (13) consideran que la hipertensión abdominal, por ejemplo por tos improductiva podría ser causa de hemorragia submucosa con ulceración ulterior.

Por último para explicar las hemorragias copiosas en las que se individualiza un grueso vaso que sangra se ha planteado como posibilidad el desgarro del mismo como consecuencia de la distensión brusca del mismo (14, 17, 21).

La mayoría de las veces estos enfermos son tratados sin diagnóstico surgiendo la indicación quirúrgica de la presencia de una hemorragia digestiva repetida o en curso, atribuyéndose un probable origen gastroduodenal.

El tratamiento quirúrgico no puede ser otro que la resección del segmento intestinal en que sientan las lesiones, seguido de reconstrucción del tránsito intestinal por enterostomía.

En los raros casos en que las lesiones son difusas se debe resecar los divertículos incriminados en la complicación o de lo contrario aquellos más grandes.

Creemos de interés referirnos a dos problemas de tratamiento:

1) Cuando en el curso de una laparotomía exploradora por hemorragia digestiva no se encuentra la causa de sangrado se debe pensar en la posibilidad de existencia de divertículos yeyunales que no sean evidentes en una primera exploración. En estos casos se puede

recurrir a varias maniobras todas ellas tendientes a distender un segmento de yeyuno para así lograr objetivar los divertículos. Estas maniobras pueden ir (14) desde la compresión de un segmento intestinal entre clamps, insuflar el yeyuno mediante una sonda nasointestinal que se haya logrado franquear el ángulo duodeno-yeyunal, hasta la insuflación con jeringa previa punción del intestino.

2) Cuando se encuentran divertículos yeyunales, antes de proceder a la resección es necesario estar bien seguros de que esa es la fuente del sangrado, so pena de ignorar la verdadera causa y que ésta siga en curso. Para ello no se debe olvidar que existe otro gesto de exploración quirúrgica consistente en la apertura visceral exploradora, tal como se hace en gastroduodeno, gesto que en nuestro caso clínico nos permitió localizar correctamente el sitio de la hemorragia.

RESUME

Hémorragie digestive grave due à une diverticulose jéjunale.

Présentation d'un cas clinique d'hémorragie digestive grave due à une diverticulite jéjunale avec complication, dont on souligne la rareté. Considérations sur l'étiopathogénie, le tableau clinique et le traitement, où l'on insiste sur l'utilité de l'entérotomie exploratrice afin de localiser la source du saignement.

SUMMARY

Severe digestive hemorrhage by jejunal diverticulosis.

A case of severe digestive hemorrhage by complicated jejunal diverticulitis is presented. The infrequency of this entity, and its complications, are remarked. Some considerations are made about the etiology, clinical picture and treatment, emphasizing the usefulness of explorative enterotomy in order to locate the source of bleeding.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALTEMEIER WA, BRYANT LR, WULSIN JH. The surgical significance of yeyunal diverticulosis. *Arch Surg*, 86: 732, 1963.
2. AXELROD H. Non Meckelian diverticula of the yeyunum and ileum. *Am J Surg*, 88: 405, 1954.
3. BENSON RE, DIXON CF, WAUGH JM. Non Meckelian diverticula of the yeyunum and ileum. *Ann Surg*, 118: 377, 1943.
4. BERGER EH, BRUNKOW CW, SMITH C. Diverticulosis of yeyunum with hemorrhage. *Am J Med*, 11: 398, 1951.
5. CASE JT. Diverticula of the small intestine, other than Meckel's diverticulum. *JAMA*, 75: 1463, 1920.

6. CAZABAN L. En discusión de: GUTHRIE D. (10)
7. DENKEWELKER FR, MOLNAR W, HORAVA AP. Massive gastrointestinal hemorrhage in yeyunal diverticulosis. *Ann Surg*, 148: 862, 1958.
8. EDWARDS HC. Diverticulosis of the small intestine. *Ann Surg*, 103: 230, 1936.
9. EDWARDS HC. Diverticula of the small intestine. *Br J Radiol*, 22: 437, 1949.
10. GUTHRIE D, HUGHES FA, SAYRE P. Diverticulosis of the small intestine: report of three cases. *Surgery*, 1: 595, 1937.
11. ITUÑO C, BERGALLI L. Enfermedad diverticular del yeyuno. *Cir Urug*, 41: 458, 1971.
12. JUNG A, BOUDIN M. Considérations nouvelles sur les diverticules et les ulcères digestifs. *Étude pathogénique comparative. Presse Méd*, 64: 1958, 1956.
13. KOZOLL DD, Mc MAHON JA, KIELY JP. Massive gastro-intestinal hemorrhage due to yeyunal diverticula. *JAMA*, 142: 1258, 1950.
14. MAYO CW, BASKIN RH, HAGEDORN AB. Hemorrhagic yeyunal diverticulitis. *Ann Surg*, 136: 691, 1952.
15. ORR IM, RUSSELL JYW. Diverticulosis of the yeyunum. A clinical entity. *Br J Surg*, 39: 139, 1951.
16. PHILLIPS JEC. Yeyunal diverticulosis. Some clinical aspects. *Br J Surg*, 40: 350, 1953.
17. PIMPARKAR BD. Diverticulosis of the small intestine. En: BOCKUS, HL. *Gastroenterología*. Barcelona. Salvat, 1966. T. II.
18. PRADERI R. En discusión de: GUTHRIE D. (10).
19. SHACKELFORD RT, MARCUS WY. Yeyunal diverticula. A cause of gastrointestinal hemorrhage. *Ann Surg*, 151: 930, 1960.
20. SUAYA H. Enfermedad diverticular del intestino delgado. *Cir Urug*, 40: 219, 1970.
21. TIDLER HS, MILLER JM. Diverticula of yeyunum with massive hemorrhage. *Arch Surg*, 77: 185, 1958.
22. VALLS A. Diverticulosis del asa eferente en una gastrectomía. *Bol Soc Cir Urug*, 34: 224, 1963.
23. VALLS A. En discusión de: GUTHRIE D. (10).
24. WALKER RM. The complications of acquired diverticulosis of yeyunum and ileum. *Br J Surg*, 32: 457, 1945.
25. WATEERSON AP. Yeyunal diverticulosis with hemorrhage. *Lancet*, 2: 1053, 1952.

DISCUSION

DR. ALBERTO VALLS.—Este trabajo me sugiere la idea de que estos enfermos portadores de diverticulosis del delgado, tienen con motivo de la operación que han sufrido previamente —la gastrectomía tipo Billroth II— nuevas condiciones y sufren por ello, sobre todo los del asa eferente porque entran en contacto con el contenido gástrico en forma más directa.

Nosotros presentamos aquí hace años la historia de un enfermo al que le hicimos una gastrectomía por ulcus de duodeno, que empezó a sufrir después con un síndrome del asa eferente. En el estudio radiológico se veía una diverticulosis del asa eferente. No había manifestado su sufrimiento diverticular hasta que se hizo la gastrectomía.

Tal vez —en la observación del Dr. Gateño— la gastrectomía, al llevar directamente el jugo gástrico a esos divertículos yeyunales, puede haber provocado la ulceración que ha motivado la aparición del tejido de granulación y la hemorragia. Por esto creo que es importante, cuando se hace la gastrectomía, asegurarse que el intestino delgado no tenga divertículos.