

## CASO CLÍNICO

---

### Divertículo yeyunal perforado: causa excepcional de abdomen agudo

#### Perforated jejunal diverticulum: exceptional cause of acute abdomen

Rodrigo Hernández<sup>1</sup>, Mauricio Pontillo<sup>2</sup>, Gustavo Rodríguez<sup>3</sup>

DOI: 10.31837/cir.urug/2.1.3

---

Recibido: 14 de noviembre 2017

Aceptado: 5 de julio de 2018

---

#### Resumen

Se presenta el caso clínico de un divertículo yeyunal perforado; causa excepcional de un cuadro agudo de abdomen, con imágenes iconográficas acorde a lo expuesto. Se destacan las principales características clínicas y fisiopatológicas de esta patología, así como el enfoque diagnóstico y terapéutico más aceptado según la bibliografía actual.

**Palabras claves:** divertículo, enfermedades del Yeyuno, intestino delgado, yeyuno, abdomen agudo

#### Abstract

We present the clinical case of a perforated jejunal diverticulum; an exceptional cause of an acute abdomen, with iconographic images according to the exposed. The main clinical and physiopathological characteristics of this pathology will be highlighted, as well as the most accepted diagnostic and therapeutic approach according to the current bibliography.

**Keywords:** diverticulum, jejunal diseases, intestinal small, jejunum, abdomen acute

#### Introducción

---

Los divertículos de delgado son muy poco frecuentes (a excepción del divertículo de Meckel). Representan alrededor del 1% de la enfermedad diverticular intestinal. Son más frecuentes en hombres después de los 60 años. Por lo general son múltiples, más frecuentes en el yeyuno próximo al ángulo de Treitz, y se asocian con la presencia concomitante de divertículos en otras zonas (colon, duodeno y vejiga).

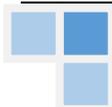
La mayoría de pacientes cursa en forma asintomática.

---

<sup>1</sup> Residente de Cirugía General Clínica Quirúrgica 2. Hospital Maciel. Facultad de Medicina, UDELAR. Montevideo. Uruguay : rodrigohernandeznegrin@gmail.com

<sup>2</sup> Profesor Adjunto Clínica Quirúrgica 2. Hospital Maciel. Facultad de Medicina, UDELAR. Montevideo. Uruguay

<sup>3</sup> Profesor Titular Clínica Quirúrgica 2. Hospital Maciel. Facultad de Medicina, UDELAR. Montevideo. Uruguay



Aquellos que presentan síntomas pueden manifestarse con cuadros agudos o crónicos. Las complicaciones agudas consisten en hemorragia, oclusión intestinal, inflamación del divertículo, fístula y perforación con o sin formación de abscesos. Los trastornos crónicos incluyen dolor abdominal, síndrome de mala absorción, sangrado crónico y trastornos del tránsito digestivo alto inespecíficos.

## Objetivos

---

Presentación de un caso excepcional de un cuadro agudo de abdomen.

## Caso clínico

---

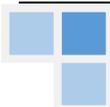
65 años, sexo masculino. Tabaquista intenso. Patología psiquiátrica. Cuadro de una semana de evolución de dolor de hipocondrio y flanco izquierdo. Se interpreta como infección del tracto urinario y se comienza tratamiento antibiótico con ciprofloxacina.

Dada la mala evolución reconsulta con exacerbación del dolor, fiebre de 38 grados y chuchos de frío. No náuseas, no vómitos. Se realiza hemograma que mostró 25 mil glóbulos blancos a predominio PMN, resto normal. Examen de orina y ecografía abdominal normal. Se realizó tomografía axial computada (TAC) que evidenció: colección con nivel hidroaéreo en relación a asa intestinal que se informa como absceso inter-asa e intermesentérico. (Figura 1).



Figura 1 (Fuente de autor)

Con planteo de absceso por perforación por cuerpo extraño, se realiza laparotomía: Evidenciándose absceso interasa purulento, con pseudomembranas evolucionado y bloqueado. Al desbridar y drenar dicho proceso se constata un divertículo yeyuno-ileal proximal perforado (Figura 2). Se realiza resección (Figura 3) y entero-entero anastomosis termino-terminal manual. Se deja drenaje



enfrentado a sutura. Al cuarto día postoperatorio con buena evolución bajo tratamiento con ampicilina-sulbactam y metronidazol se decide alta.

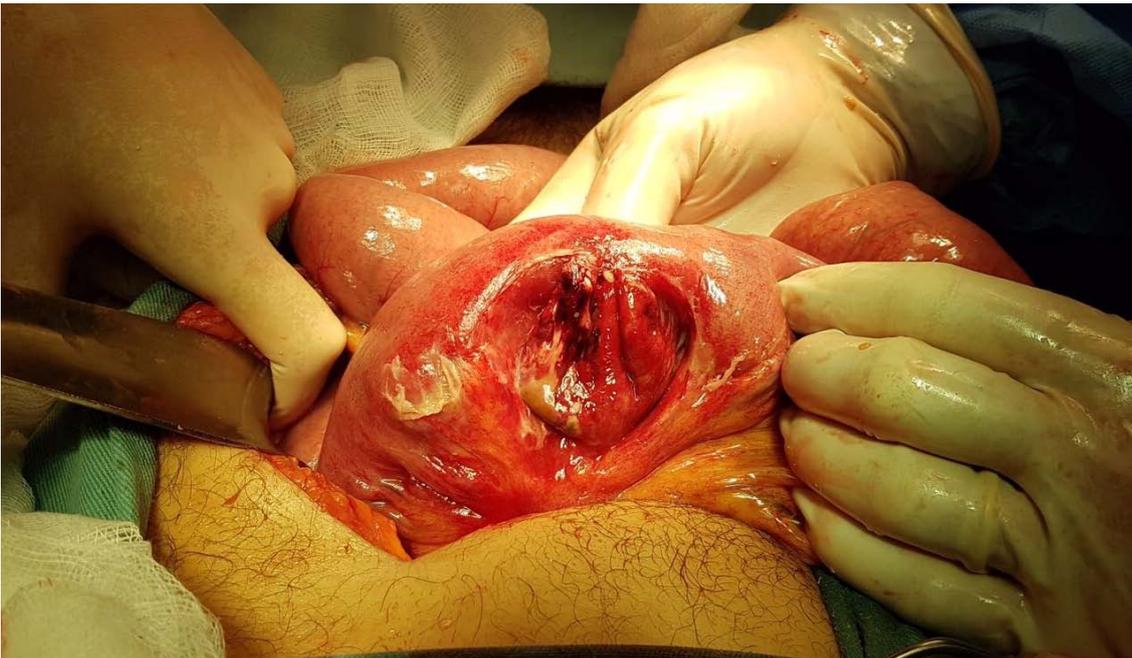


Figura 2 (Fuente de autor)

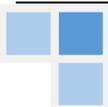


Figura 3(Fuente de autor)

## Discusión

Los divertículos yeyunales son excepcionales; y más aún su complicación con perforación.

Como se mencionó la mayoría son asintomáticos y están asociados a la presencia de divertículos en otros sectores del tracto digestivo en un 90% de los casos. Respecto al segmento de intestino



delgado involucrado la afección de yeyuno es aproximadamente cinco a ocho veces más frecuente que íleon.

En cuanto a la etiopatogenia existiría un trastorno en la pared intestinal ya sea debido a una disfunción motora del músculo liso o del plexo mientérico<sup>1</sup>. Esto provocaría áreas de fibrosis y debilidad parietal. Aumentos de la presión intraluminal causarían herniación de la mucosa y submucosa (pseudodivertículos), generalmente en el borde mesentérico del asa intestinal. El predominio yeyunal se debería al mayor diámetro de las arterias que ingresan en la pared intestinal.

Aproximadamente el 90% de pacientes cursan de forma asintomática, 30% cursan con sintomatología crónica y 10% presentan complicaciones agudas, las más frecuentes son la diverticulitis con o sin perforación (como en nuestro paciente) y la hemorragia digestiva, que en ocasiones puede ser grave.

El espectro de diagnósticos diferenciales incluye: úlcera gastroduodenal perforada, perforación intestinal por cuerpo extraño, vólvulo de delgado entre otros.

El diagnóstico es habitualmente intraoperatorio. La radiografía no suele ser de utilidad.

La TAC habitualmente evidencia: engrosamiento del sector de pared intestinal afectado y de su meso, puede existir neumoperitoneo y colecciones intrabdominales.

En los raros casos que la patología involucre el íleon terminal, las imágenes tomográficas (alteración de grasa pericecal) pueden simular cambios inflamatorios causados por apendicitis aguda.

Otros estudios de imagen que pueden orientarnos al diagnóstico en la entidad no complicada son la cápsula endoscópica, la enteroscopia y la entero resonancia.

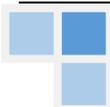
Pacientes con sintomatología crónica que en la TAC no presenten complicaciones agudas, es decir sin neumoperitoneo ni colecciones, son candidatos a un tratamiento conservador. Aquellos refractarios al tratamiento médico que persistan con dolor y sangrado digestivo crónico puede optarse por cirugía eléctrica. Ésta consiste en resección del sector de delgado patológico y anastomosis primaria<sup>2</sup>.

El tratamiento de las complicaciones agudas como en nuestro caso; ya sea perforación, oclusión intestinal o hemorragia digestiva masiva es quirúrgico. Debe realizarse laparotomía, identificación del sector afectado y resección intestinal con anastomosis entérica, la colocación de drenaje enfrentado a sutura es opcional.

En pacientes seleccionados con perforación sin obstrucción intestinal ni fistula, algunas series recientes sugieren la posibilidad de abordaje laparoscópico con drenaje y lavado<sup>3</sup>.

## Conclusiones

---



La diverticulosis yeyunal es una entidad rara. La mayoría de pacientes cursa de forma asintomática. Las complicaciones agudas pueden presentarse como cuadros de oclusión intestinal o hemorragia digestiva. El rol de la TAC es de valor diagnóstico fundamental. El tratamiento de las complicaciones agudas es quirúrgico mediante laparotomía. Se necesitan más estudios para demostrar el rol de la laparoscopia en esta patología

## **Bibliografía**

---

1. García L, Otero J, Santamarí L, Pérez A. Diverticulitis yeyunal. Una causa poco frecuente de abdomen agudo. *Cir Esp.* 2005; 77(6):357-8.
2. Horesh N, Klang E, Gravetz A, Nevo Y, Amiel I, Amitai M et al. Jejunal diverticulitis. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2016;26(8):596-9. doi: 10.1089/lap.2016.0066
3. Malghan L, Uttley A, Scullion D. Small bowel obstruction due to a jejuna enterolith: an unusual complication of jejuna diverticulitis. *BMJ Case Reports.* 2017; bcr-2017-221514. doi: 10.1136/bcr-2017-221514.

