

DIVERTICULOS DEL DUODENO

Consideraciones diagnósticas y terapéuticas

Dres. GUILLERMO F. COTTINI y JULIO C. NOCITO

La diverticulosis duodenal, es un tema de Patología digestiva del que si bien existen numerosas referencias bibliográficas, la experiencia personal de los cirujanos es exigua.

Su conocimiento ha adquirido extraordinaria difusión merced al estudio radiológico más completo de los pacientes del aparato digestivo, al punto que se ha llegado a afirmar que es un capítulo de la patología duodenal, creado por la exploración radiológica.

Toda vez que nos hallamos ante un paciente portador de un divertículo duodenal, se nos plantean dos situaciones a resolver: la interpretación diagnóstica y el tratamiento adecuado.

Es por todos conocido que el portador de un divertículo duodenal puede hallarse libre de síntomas y su hallazgo ser un mero hecho en el estudio radiológico. Por tanto, cuando un paciente en estas condiciones nos consulta porque sufre, toda nuestra atención la dedicamos a dilucidar si el divertículo es el responsable o sólo un acompañante en el cuadro nosológico que responde a otra etiología.

No suscribimos la opinión de los autores que pretenden describir un cuadro clínico característico de esta afección; la identidad con los padecimientos hepatobiliares, con la sintomatología ulcerosa o bien pancreática, impide efectuar en la mayoría de los casos un diagnóstico diferencial preciso.

Su hallazgo radiológico en pacientes con sintomatología digestiva nos exige reiterar las exploraciones de las enfermedades

hepatobiliares y gastroduodenales en forma exhaustiva para atribuirle a aquél un papel patogénico, y aun así cabe siempre la duda.

Nuestra experiencia al respecto nos autoriza a expresarnos de esta manera. Sobre una cifra aproximada de 1.600 pacientes portadores de úlcera gastroduodenal, sólo hemos registrado 7 observaciones de divertículo duodenal verdadero; uno doble de primera porción y los restantes, como es habitual, en segunda porción. Coincidimos con las opiniones de que el divertículo verdadero de primera porción es excepcional y que los referidos como tales, suelen ser pseudodivertículos por úlcera de duodeno. Consideramos también, pseudodivertículos a las deformidades por tracción duodenal de procesos inflamatorios y cicatrizales vecinos.

Pasamos a comentar nuestra experiencia: de los 7 pacientes en 4 la sintomatología era la correspondiente a un síndrome ulcerooso; un enfermo padeció hemorragia digestiva de origen no establecido; uno con sintomatología hepatobiliar y, el restante, sintomatología de pancreatopatía luego de una colecistectomía realizada cuatro años antes y que no le deparara ninguna mejoría.

Surge del análisis el predominio en nuestros pacientes de la sintomatología correspondiente a la úlcera duodenal.

Con respecto al diagnóstico, en uno de los casos no fue alcanzado por la radiología constituyendo un hallazgo operatorio. Interesa destacar dos hechos: que se trataba de un divertículo doble de primera porción del duodeno, uno intrapancreático y el restante en el espesor del epiplón menor y que no se halló ni úlcera ni estenosis cicatrizal. Dos de los pacientes no fueron intervenidos, faltando por consecuencia la confirmación operatoria; en el segundo de ellos, que padeciera la hemorragia digestiva, no podemos afirmar que el divertículo fuera el responsable de la misma y más aún, reafirmamos el concepto de que si bien los divertículos pueden sangrar, ello es poco frecuente y lo atribuimos, en nuestro caso, a la coexistencia de una probable úlcera duodenal.

En uno de los casos (Nº III) es probable que la adherencia firme de la vesícula al duodeno haya sido la responsable de la deformidad pseudodiverticular.

El caso Nº V lo consideramos de excepción, pues además de coexistir con una úlcera de primera porción de duodeno, el di-

vertículo se hallaba ubicado en el borde convexo de la segunda porción en su mitad inferior. Agregamos que éste fue el único paciente en el que se realizó la resección del divertículo con sutura del duodeno en tres planos.

En los restantes casos, los divertículos asentaban en el borde convexo, siendo verdaderamente intrapancreáticos dos de ellos, hecho que confirmamos en el acto operatorio. La proximidad a la ampolla de Vater se comprobó en todos los casos.

En un paciente cuyo estudio radiológico reveló la existencia de divertículos, éste no fue hallado en el acto quirúrgico, no obstante la amplia maniobra de Vautrin Kocher realizada, lo que nos hace presumir que, como en los casos anteriores, el saco diverticular fuera intrapancreático.

Del total de enfermos, seis eran varones y una sola correspondió al sexo femenino.

Con respecto a la terapéutica empleada en los 5 operados, se efectuó gastrectomía subtotal en tres oportunidades, una de ellas asociada a la colecistectomía y, en otro, a la resección del divertículo.

En un caso se efectuó sección de bridas y despegamiento de la vesícula y, en el restante laparotomía exploradora.

La evolución postoperatoria fue favorable en todos los casos, excepto en uno en que se produjo el deceso por dehiscencia del muñón duodenal.

Nuestra experiencia coincide con las opiniones de quienes se han ocupado en particular del tema. Somos partidarios decididos de una estricta valoración clínicorradiológica previa a todo planteamiento quirúrgico, pues pensamos que excepcionalmente un divertículo debe ser sometido a una exéresis o intervención quirúrgica. Los riesgos que esta intervención comporta no se ven justificados por la sintomatología probable que ellos determinan.

Esto no exime de que en algunas ocasiones, por demás excepcionales, un divertículo gigante o complicado deba ser intervenido, pero insistimos que las complicaciones en esta localización de los divertículos son raras y no comportan, como en el caso de los divertículos de colon, el riesgo de la perforación ni de la infección.

Como procedimiento de derivación, solamente admitimos la gastrectomía subtotal y proscribimos los procedimientos de gastroenteroanastomosis o de invaginación o suspensión del divertículo.