



## CASO -2016: Divertículos en yeyuno



*Hospital San Juan de Dios. San José. Costa Rica. Fundado en 1845*

ISSN  
2215-2741

Recibido: 14/08/2014  
Aceptado: 14/04/2016

Silvia Navarro Moya<sup>1</sup>  
José Miguel Ramírez Valverde<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médico General, realizado en Hospital Max Peralta Jiménez, [dranavarromoya@gmail.com](mailto:dranavarromoya@gmail.com)

<sup>2</sup> Médico Especialista en Cirugía General y Cirugía Oncológica, Servicio de Cirugía, Hospital Max Peralta Jiménez

### RESUMEN

Paciente masculino de 55 años, costarricense, constructor, con historia de sangrado digestivo alto secundario a consumo de anti-inflamatorios no esteroideos, consulta por cuadro de tres días de evolución de hematoquecia, se realiza gastroscopía que evidencia gastritis erosiva, por lo que paciente es egresado con tratamiento oral. Dos días después paciente reconsulta al servicio de emergencias con cuadro de hematoquecia, se documenta sangrado digestivo bajo, laboratorios evidencian anemia profunda por lo cual amerita transfusión masiva. La colonoscopia documenta divertículos aislados en colon sigmoideos, el paciente es dejado en observación, y horas después presenta inestabilidad hemodinámica, por lo que se decide llevar a sala de operaciones, se documentan divertículos con sangrado activo en yeyuno y se resecan 80 cm del mismo. Paciente es trasladado a Unidad Cuidados

Intensivos en el postoperatorio inmediato y es egresado seis días después sin complicaciones.

### PALABRAS CLAVE

Divertículos. Diverticulosis. Sangrado digestivo bajo

### ABSTRACT

A 55 years old man, from Costa Rica, builder, is brought into the emergency room, he refers upper gastrointestinal bleeding secondary to use of nonsteroidal anti-inflammatories. He consults because a three days history of haematochezia, gastroscopy was performed which shows erosive gastritis and he is discharged with oral treatment.



After two days, he consults again to the emergency room with haematochezia; laboratory results showed anemia that deserves massive transfusion. Colonoscopy documents diverticula isolated in rectal sigmoid, so the patient was left in observation, a few hours later he presents hemodynamic instability that required surgery, documenting diverticula with massive bleeding in jejunum and 80 cm of it is resected. The patient was transferred to intensive care unit in the immediate postoperative and he is discharged 6 days later without any complications.

### KEY WORDS

Diverticulosis. Diverticuli. Lower gastrointestinal hemorrhage

### CASO CLÍNICO

Los divertículos de yeyuno constituyen una alteración poco frecuente que se presenta, principalmente, en mayores de edad y, normalmente, no se sospecha entre los diagnósticos diferenciales de dolor abdominal, lo cual hace que se retarde el manejo adecuado. Los primeros reportes de divertículos de yeyuno fueron hechos por Sommervit en 1794, Voigtel en 1804 y Sir Astley Cooper en 1807; los primeros en reportar las complicaciones derivadas de esta enfermedad fueron Virchow en 1853 y Osler en 1881. Gordinier y Sanpson, en 1906, describieron el primer paciente que se sometió a cirugía por diverticulosis de yeyuno. En 1920, se reportaron los primeros cinco casos diagnosticados por radiología y, un año después, Hunt y Cook reseccionaron exitosamente un divertículo de yeyuno<sup>1,3</sup>. Los divertículos adquiridos se presentan en la séptima década de la vida, con una incidencia de 0.02% a 7.1 %, y del 0.5 al 2.3% en estudios con contraste y del 0.3 al 4.5% en autopsias, son cinco a ocho veces más frecuentes en yeyuno que íleon y son múltiples en 75% de los pacientes, se asocian con divertículos del colon en 35 a 75% de los casos, puede estar asociado a divertículos del duodeno, esófago, estomago y vejiga en 15, 42%, 2%, 2%, 12% de los casos respectivamente. Aproximadamente 1.3% de la población tiene enfermedad diverticular de los cuales 10% puede presentar complicaciones<sup>4,5</sup>.

No se ha establecido una preponderancia de sexo, aunque algunos estudios reportan una mayor prevalencia en el sexo masculino<sup>3</sup>. Masculino de 55 años, con historia de sangrado digestivo alto secundario a consumo de AINES, consulta al servicio de emergencias del Hospital Max Peralta por cuadro de hematoquecia, se realiza gastroscopía la cual reporta gastritis crónica superficial, gastritis aguda petequiral. No se observaron restos hemáticos, tampoco lesiones ulcerativas ni neoplásicas, se recomienda tratamiento con inhibidores de bomba de protones por ocho semanas para la gastritis, por lo que el paciente es egresado. Reconsulta dos días posterior a su egreso, refiere cuadro de 5 días de evolución de “deposiciones moradas”. Al examen físico de ingreso luce con aspecto pálido, decaído, cardiopulmonar sin alteración, abdomen blando depresible, no doloroso, no masas ni megalias, tacto rectal se observa hematoquecia, se realiza un lavado gástrico el cual presenta restos alimentarios, no sangrado. EKG evidencia BRDHH, laboratorios al ingreso: hemoglobina 6, hematocrito 17.5, plaquetas 132000, leucocitos 6950, grupo-Rh B+. Se decide ingreso a observación por cuadro de sangrado digestivo bajo, se reserva 4U de GRE y 2U PFC, se le indica Omeprazol 80 mg intravenoso, se pasa a observación con monitoreo no invasivo y se realiza transfusión 2 U de GRE, Omeprazol 40mg IV cada día. Posteriormente presenta rectorragia en 2 episodios, se transfunden 2U GRE y se le indica colonoscopia, nuevamente se transfunden 2 U GRE y 2U PFC, se inicia protocolo de transfusión masiva, se coloca catéter venoso central, se transfunden 4U GRE y 2U PFC, se envía interconsulta al servicio de cirugía y se realiza colonoscopia la cual reporta: Rectosigmoides con patrón haustral y vascular conservado, mucosa sin lesiones evidentes, se observan algunos divertículos aislados, el paciente fue observado por varias horas fue valorado por cirugía, quien indica que según resultado de colonoscopia se revalorara caso para ver necesidad de llevar paciente a sala de operaciones posterior a transfusión masiva. Gastroscopia reporta: gastritis antral eritematosa leve, gastritis petequiral de cuerpo, gastritis erosiva plana de fondo. El servicio de cirugía programa gammagrafia de glóbulos rojos marcados para definir sitio de sangrado, sin embargo a pesar de transfusión masiva, el



paciente sangra nuevamente y se hipotensa, presentando alteración del sensorio, por lo que se coloca tubo endotraqueal. Se comenta caso con cirujano de guardia y se decide llevar a sala de operaciones, valorado por el servicio de anestesia previo a cirugía, quien indica transfundir 6 U GRE, 6U PFC, 6U plaquetas, 100 cc crioprecipitados. Se realiza laparotomía exploratoria, resección aproximadamente de 80 cm yeyuno y anastomosis termino-terminal manual. Lesiones encontradas: divertículos en aproximadamente 80 cm de yeyuno proximal, con sangrado en su interior, no evidencia de perforación, no colecciones. Paciente ingresa a UTI se inicia cobertura antibiótica y sedación, se transfunden 2U GRE, en postoperatorio 2 se logra extubación sin complicaciones y se logra suspender epinefrina. Evolucionada adecuadamente sin evidencia de complicación intraabdominal o nuevo sangrado, se completa profilaxis antibiótica y se traslada a salón de cirugía de hombres para iniciar dieta. Además, se deja con cobertura con Cefalotina 2 gramos cada 8 horas por 2 días, Famotidina 40 mg HS VO, Heparina 5000 U SC cada 12 horas, se suspende catéter venoso central sin complicaciones, en el postoperatorio #6 es dado de alta. Se egresa con tratamiento oral con cefalexina y cita de control en cirugía general.

Los divertículos de yeyuno tienen un amplio espectro de presentación, tanto en la forma crónica como en la aguda, con una gran variedad de síntomas inespecíficos que, en conjunto, nos pueden llevar a pensar en la presencia de esta enfermedad en los pacientes que consultan por dolor abdominal, por lo que en muchas ocasiones se diagnostican durante la cirugía, dada la falta de sospecha clínica y, en ocasiones, la falta de métodos diagnósticos certeros. La etiología no es clara aunque existen múltiples teorías, entre las cuales, la formación de los divertículos puede estar dada por disfunción o discinesia del músculo liso del yeyuno, que desencadenan una alteración en la contracción.<sup>1,2,3</sup> En 1983, Krishnamurthy definió el divertículo de intestino delgado como un desorden heterogéneo causado por una variedad de alteraciones del músculo liso o del plexo mientérico. Plantearon la hipótesis de 3 probables mecanismos: esclerosis atípica sistémica progresiva, limitado al tracto gastrointestinal, un tipo de miopatía visceral y un tipo de neuropatía visceral. El plexo anormal pudiera causar una actividad no coordinada del músculo liso, con la formación de áreas localizadas de alta presión, lo cual predispone a una protrusión, especialmente entre los puentes creados por los vasos sanguíneos en el borde mesentérico. La proximidad del divertículo a una rama de los vasos mesentéricos es la responsable por la hemorragia de tubo digestivo alto, típicamente en aquellos pacientes que son sometidos a endoscopia alta y colonoscopia sin demostrar la causa aparente del sangrado<sup>4,5</sup>. Los divertículos de yeyuno pueden ser congénitos o adquiridos. Los congénitos comprometen las tres capas de la pared intestinal, y los adquiridos sólo están compuestos por la mucosa y la submucosa que, al aumentar la presión dentro de la luz, protruyen especialmente en el sitio de inserción de los vasos nutricios del yeyuno. Entre los pacientes sintomáticos, que corresponden a 10% a 19%, encontramos que se pueden presentar con complicaciones como sangrado gastrointestinal, diverticulitis con perforación o sin ella, intususcepción, vólvulos, obstrucción, fístula, sepsis, abscesos hepáticos, neumoperitoneo espontáneo, esteatorrea o anemia megaloblástica como resultado de la deficiencia de vitamina B12 secundaria a la proliferación bacteriana. Es importante destacar que, entre los asintomáticos, se puede encontrar neumoperitoneo, sin que

**Tabla I. Valores de hemoglobina**

19/11/2014	12:40pm	Hb 6	Hto 17.5
20/11/2014	9:50 am	Hb 7.5	Hto 22.5
20/11/2014	11:37 pm	Hb 10.2	Hto 29
22/11/2014	6:44 am	Hb 7.2	Hto 21.9
23/11/2014	6:35 am	Hb 9.4	Hto 28
24/11/2014	7: 13 am	Hb 9.8	Hto 30

Fuente: Expediente Clínico, Hospital Max Peralta

## DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO



tenga indicación de cirugía. Los diagnósticos diferenciales que debemos tener en cuenta son varias condiciones inflamatorias de la cavidad abdominal, como la úlcera péptica perforada, la apendicitis aguda, la colecistitis aguda y la diverticulitis del colon. Los pacientes con síntomas crónicos constituyen hasta el 60% y presentan síntomas inespecíficos, como náuseas y vómito ocasional, distensión abdominal, dolor abdominal, pérdida de peso, malabsorción, pseudobstrucción y diarrea alternante, los cuales pueden llevar a diagnósticos y tratamientos errados, como colon irritable, colelitiasis o enfermedad péptica.<sup>1,3,6,8</sup> En cuanto a las imágenes diagnósticas, en la radiografía simple de abdomen podemos encontrar distensión de un asa yeyunal, con niveles hidroaéreos en su interior. Además, podemos utilizar el estudio de vías digestivas altas o la tomografía por enteroclis, que nos permite esclarecer diagnósticos diferenciales y es ideal en el diagnóstico en casos con síntomas crónicos. Cuando se presenta sangrado digestivo, se debe practicar arteriografía o gammagrafía como métodos diagnósticos.<sup>1,2,3</sup> Las complicaciones relacionadas con los divertículos ocurren en 15% a 20% de los pacientes, de los cuales sólo 10% requieren manejo quirúrgico, la diverticulitis y perforación se presenta en 2,3% a 6,4% de los pacientes con esta enfermedad. La incidencia de complicaciones se incrementa con un mayor número de divertículos y se presenta con diferentes grados de gravedad, desde la inflamación, ulceración o gangrena, hasta la perforación con peritonitis, sin que exista una clínica patognomónica de ésta, a menudo se pueden identificar abscesos en la raíz del mesenterio, secundarios a la perforación de los divertículos que se ubican en esta localización. La obstrucción se presenta en 2,3% a 4,6 % de los casos, puede ser secundaria a las adherencias derivadas de procesos inflamatorios previos, vólvulos, invaginación o la compresión extrínseca por un asa que tiene divertículos de gran tamaño. Otra causa frecuente es la presencia de enterolitos. El sangrado se presenta en 3,4% a 8,1 % de los casos, posiblemente por erosión y ulceración de la mucosa, que compromete los vasos mesentéricos alrededor del cuello del divertículo.<sup>3,9,10</sup>

## CONCLUSIONES

Los divertículos en yeyuno son una entidad poco frecuente, motivo por el cual esta patología nos puede llevar a cometer errores en el diagnóstico. El propósito del presente reporte basado en la literatura es evidenciar la enfermedad y a la vez diferenciar las posibles manifestaciones clínicas según cada paciente, para lograr llevar a cabo un adecuado diagnóstico diferencial de dolor abdominal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Woods K, Williams E Melvin W Sharp K. *Acquired jejunoileal diverticulosis and its complications: a review of the literature*. Am Surg. 2008;74:849-850.
2. Patel V, Jefferis H Spielberg B Iqbal Q Prabhudesai A Harris S. *Jejunal diverticulosis is not always a silent spectator: a report of 4 cases and review of the literature*. World J Gastroenterol. 2008;14:5916-5919.
3. Pedraza N Roa A. *Diverticulosis del yeyuno: complicaciones y manejo; reporte de caso y revisión de la literatura*. Rev Colomb Cir. 2010;25:48-55.
4. Amaya E Milán G Vargas B. *Enfermedad diverticular de intestino delgado*. Revista médica Viedma. 2010.
5. Kourakis G, Glinavou A, Mantas D, Kouskos E, Karatzas G. *Clinical implications of small bowel diverticula*. Isr Méd Assoc J. 2002.
6. Steenvoore P Schaardenburgh P Vi-ersma J. *Enterolith ileus as a complication of jejunal diverticulosis*. Dig Surg. 2003;20:57-59.
7. Kashuun W Fangmann J Harms J Bartels M Hauss J. *Complicated small-bowel diverticulosis: a case report and*



*review of the literature.* World J Gastroenterol. 2007;13:2240-2242

8. Liu C Chang W Lin S Chu C Wang T Shih T. *Analysis of clinical manifestations of symptomatic acquired jejunoileal diverticular disease.* World J Gastroenterol. 2005;11:5557-5560.
9. El-hadaawi F Civil I. *Acquired jejunoileal diverticular disease: a diagnostic and management challenge.* ANZ J Surg. 2003;73:584-589.
10. Crace P Grisham A Kerlakian G. *Jejunal diverticular disease with unborn enterolith presenting as a small bowel obstruction: a case report.* Am Surg. 2007;73:703-705.

#### CONFLICTO DE INTERÉS Y/O AGRADECIMIENTOS

Los autores declaran que no existió ningún conflicto de interés en el presente reporte.