

Casos Clínicos

- [Introducción](#)
- [Caso clínico](#)
- [Discusión](#)
- [Bibliografía](#)
- [Imágenes](#)

Br. Heidi Yépez

Hospital Universitario de Caracas
Escuela "Luis Razetti", Universidad
Central de Venezuela

Juan Carlos Valls P.

Gustavo Pinto Silva
Rafael Ramirez

Diverticulosis del intestino delgado.

Fecha de recepción: 31/12/2000

Fecha de aceptación: 31/12/2000

Introducción

La diverticulosis del intestino delgado es una patología poco frecuente y se presenta en forma asintomática en la mayoría de los pacientes. Sin embargo no debe ser ignorado como un hallazgo incidental, ya que puede ser la causa oculta de síntomas inespecíficos y crónicos, o presentarse de una manera abrupta en forma de obstrucción, hemorragia o perforación a nivel intestinal. Debido a la relativa rareza de estas lesiones y sus complicaciones; el diagnóstico es difícil y elusivo.

El presente artículo es el reporte de un caso de esta patología, hospitalizado e intervenido quirúrgicamente en el Hospital Universitario de Caracas, el cual se presentó con una de las complicaciones agudas más frecuentemente asociadas con esta patología.

Caso clínico

Paciente masculino, A.Q., de 56 años de edad, quien refirió inicio de su enfermedad actual tres años antes del ingreso cuando posterior a una colecistectomía abierta, comenzó a presentar episodios de dolor abdominal tipo cólico, difuso, asociado con náuseas y vómitos, con períodos de diarrea y constipación que se resolvían espontáneamente. En 1998 consultó por presentar nuevo episodio de dolor, de una semana de evolución, exacerbado en su intensidad y asociado con múltiples episodios de vómitos de contenido alimentario.

Entre sus antecedentes de importancia, además de la colecistectomía en 1996, se encontró que fue operado por hernia umbilical en 1955, fuma 20 cigarrillos diarios desde los 17 años de edad y evacua normalmente.

Al examen físico de ingreso se encontró un abdomen distendido, doloroso a la palpación en los cuadrantes superiores, sin signos de rigidez, conductos inguinales sin hernias y ruidos intestinales normales. Al tacto rectal se encontró una próstata aumentada de tamaño, 2 veces su tamaño normal.



Figura 1 Radiografía simple de abdomen (de pie) en donde se demuestran niveles hidroaéreos y distensión de asas del intestino delgado y del colon.

Los exámenes paraclínicos demostraron: Hgb:15gr/dl, Hcto: 45%, WBC: 11000/mm³ (neut:82%), Na: 138 mEq/l, K: 4meq/l. La Rx de tórax resultó normal y la Rx de abdomen demostró múltiples niveles hidroaéreos, gas en el colon sin evidencia de neumoperitoneo (Figura 1). El TAC de abdomen sólo demostró distensión de asas intestinales delgadas (Figura 2 y 3). El ultrasonido abdominal fue normal. El estudio radiológico de tránsito intestinal evidenció enlentecimiento del vaciamiento gástrico con engrosamiento de la mucosa del yeyuno y marcada dilución del medio de contraste en las asas delgadas lo cual dificultó su evaluación completa (Figura 4). El paciente ingresó el 19 de Marzo de 1999 con el diagnóstico de obstrucción intestinal mecánica causada por bridas postoperatorias probablemente. Por ello, se le practicó una laparotomía exploradora mediante la cual se comprobó la presencia de múltiples divertículos en el borde mesentérico del intestino delgado, los cuales se extendían desde el yeyuno a 40cms del ángulo duodenoyeyunal hasta el íleon terminal, a 100cms aproximadamente de la válvula ileocecal, con dilatación moderada de todo ese segmento del intestino delgado. El resto del intestino y de los otros órganos intrabdominales estaban normales .



Figura 2 TAC de abdomen, en donde se demuestra distensión del colon con abundante gas y engrosamiento de las paredes del estómago.



Figura 3 TAC de abdomen, en donde se demuestra distensión de asas intestinales con el contraste y con gas.

Ante la eventualidad de hacer una resección masiva del intestino delgado y dejar un síndrome de intestino corto se opta por una conducta conservadora y cerrar el abdomen. El paciente evoluciona satisfactoriamente, en el postoperatorio recibió tratamiento con eritromicina (500mgrs) cada 8 horas y cisapride (10mgrs) cada 8 horas, ambos por vía oral. Se restableció su tránsito intestinal y egreso a la semana. Posteriormente reingresó por nueva crisis de dolor abdominal tipo cólico y distensión abdominal que cedió con tratamiento conservador.

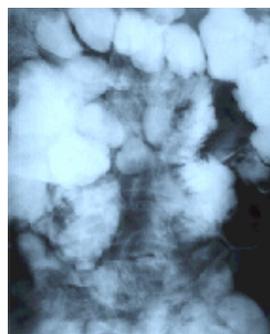


Figura 4 Tránsito intestinal con contraste, en donde se demuestra engrosamiento de la mucosa y marcada dilución del medio de contraste. Presencia de formaciones saculares con medio de contraste en relación con asas intestinales. Estudio no concluyente por retardo en el vaciamiento y del tránsito del contraste.

Discusión

La diverticulosis de intestino delgado fue identificado por primera vez por Chomel en 1710, quien describió un divertículo duodenal. Sir Astley Cooper se reserva el crédito por la descripción inicial de un divertículo yeyunal en 1844 (1). Gordinier y Sampson en 1906 fueron los primeros en resecar un divertículo yeyunal en un paciente con obstrucción intestinal. El primer diagnóstico preoperatorio radiológico se estableció en 1920 por Case, durante la realización de una serie gastrointestinal(2).

La incidencia de divertículos en intestino delgado oscila entre 1.1% a 2.3% evidenciados durante enteroclysis, autopsias o laparotomias. La asociación de divertículos yeyunoileales con divertículos en otra parte del tracto gastrointestinal esta establecida de la siguiente forma: colon

30-61%, duodeno 22% y vejiga 10%. Los divertículos yeyunoileales usualmente son adquiridos y múltiples, presentándose en la sexta a séptima década de la vida(3).

La diverticulosis yeyunoileal se asocia con disfunción del músculo liso o el plexo mientérico del intestino delgado, ocasionando desordenes de contracción conocidos como disquinesia intestinal, generando aumentos de la presión intraluminal produciendo propulsiones de la mucosa y submucosa por el borde mesentérico, en el punto donde penetran los vasos sanguíneos del mesenterio(2,4).

Los divertículos yeyunales permanecen asintomáticos en el 60 a 70% de los casos. Los casos sintomáticos y sus complicaciones que requieran Cirugía se presentan en el 10-19% de los casos. El diagnóstico se efectúa usualmente por radiología (enterografía con doble contraste), exploración quirúrgica y autopsia. El diagnóstico diferencial se establece con procesos inflamatorios intraabdominales como apendicitis y colecistitis, úlcera péptica perforada, diverticulosis colónica y con las causas de obstrucción intestinal como adherencias y bridas. Los síntomas crónicos incluyen dolor abdominal vago, localizado en epigastrio o periumbilical, sensación de plenitud postprandial y cuadros de obstrucción parcial y resolución espontánea. Dicha sintomatología se asocia con el cuadro de disquinesia intestinal. En dichos casos, está indicado iniciar tratamiento con terapéutica médica, como la administración de metoclopramida, cisapride o antibióticos como tetraciclina y eritromicina que estimulan los movimientos de contracción intestinal y mejoran la sintomatología. Cuando los síntomas persisten, la resección del intestino delgado comprometido está indicada(5,6).

Al encontrarse comprometida la motilidad intestinal puede acompañarse de sobrecrecimiento bacteriano, ocasionando un aumento en la desconjugación de sales biliares y un aumento en la toma de vitamina B12 por parte de la flora intestinal, resultando en esteatorrea y anemia megaloblástica con o sin neuropatía. En estos casos se impone igualmente el tratamiento médico ya comentado y la corrección del cuadro anémico(2).

Otras complicaciones como obstrucción intestinal mecánica por diverticulitis, intususcepción, formación de enterolitos y volvulos se evidencian en un 2.3-4.6% de los casos, se evidencia hemorragia en 3,4% a 8,1% de los casos y perforación de los mismos en 2,3% a 6,4% de los casos, En todos estos tipos de complicaciones agudas la resección y anastomosis del segmento envuelto es la indicación(5,6).

Bibliografía

1. **Case Jt.** Diverticula of the small intestine other than Meckel's diverticulum. JAMA 1920; 75: 1463-70.
2. **Alteimer WA, Bryant LR.** The surgical significance of jejunal diverticulosis. Arch Surg 1963;86:733-45.
3. **Benson RE, Dixon CF.** Nonmeckelian diverticula of the jejunum and ileum. Ann Surg 1943, 118:377-93.
4. **Palder Sb, Frey.** Jejunal diverticulosis. Arch Surg 1988; 123: 889-94.
5. **Williams RA, Davidson DD, Serota AI.** Surg Gynecol Obstetric 1981, 152: 621-6.
6. **E. De Bree, Grammatikakis M.** The clinical significance of Acquired jejunoileal diverticula. American Journal of Gastroenterology 1998 Vol 93, 12, 2523-28.

Imágenes



Figura 1 Radiografía simple de abdomen (de pie) en donde se demuestran niveles hidroaéreos y distensión de asas del intestino delgado y del colon.

Figura 2 TAC de abdomen, en donde se demuestra distensión del colon con abundante gas y endosamiento de las paredes del estómago.

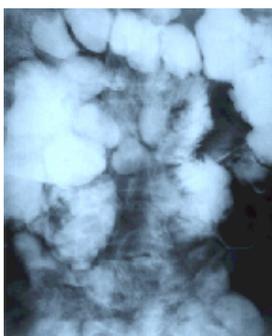
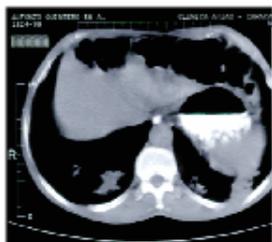


Figura 3 TAC de abdomen, en donde se demuestra distensión de asas intestinales con el contraste y con gas.

Figura 4 Tránsito intestinal con contraste, en donde se demuestra engrosamiento de la mucosa y marcada dilución del medio de contraste. Presencia de formaciones saculares con medio de contraste en relación con asas intestinales. Estudio no concluyente por retardo en el vaciamiento y del tránsito del contraste.

NOTA: Toda la información que se brinda en este artículo es de carácter investigativo y con fines académicos y de actualización para estudiantes y profesionales de la salud. En ningún caso es de carácter general ni sustituye el asesoramiento de un médico. Ante cualquier duda que pueda tener sobre su estado de salud, consulte con su médico o especialista.