



# Diverticulosis del intestino delgado.

Br. Heidi Yépez<sup>1</sup>.  
Juan Carlos Valls P.  
Gustavo Pinto Silva  
Rafael Ramirez

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Caracas Escuela "Luis Razetti", Universidad Central de Venezuela

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 31 de Diciembre del 2000 a la Revista Vitae Academia Biomédica Digital.

## 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 evaca 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/mm<sup>3</sup> (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 .

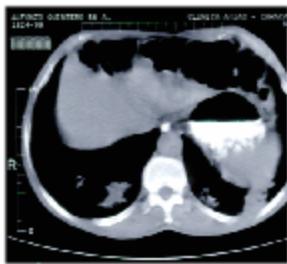


Figura 2 TAC de abdomen, en donde se demuestra distensión del colon con abundante gas y endrosamiento de las paredes del estómago.



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 transito intestinal y egreso a la semana. Posteriormente reingresó por nueva crisis de dolor abdominal tipo cólico y distensión abdominal que cedió con tratamiento conservador.

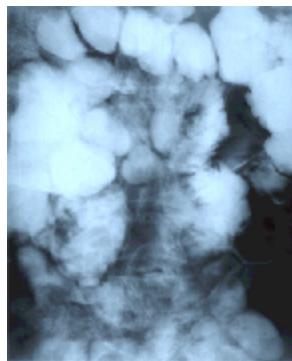


Figura 4 Tránsito intestinal con contraste, en donde se demuestra engrosamiento de la mucosa y marcada dilución del medio de contraste. Presencia de formaciones saculares con medio de contraste en relación con asas intestinales. Estudio no concluyente por retardo en el vaciamiento y del tránsito del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

## DISCUSIÓN

La diverticulosis de intestino delgado fue identificado por primera vez por Chomel en 1710, quien describió un diverticulo duodenal. Sir Astley Cooper se reserva el crédito por la descripción inicial de un diverticulo yeyunal en 1844 (1). Gordinier y Sampson en 1906 fueron los primeros en resecar

un diverticulo yeyunal en un paciente con obstrucción intestinal. El primer diagnostico preoperatorio radiologico se estableció en 1920 por Case, durante la realización de una serie gastrointestinal(2).

La incidencia de diverticulos en intestino delgado oscila entre 1.1% a 2.3% evidenciados durante enteroclisis, autopsias o laparotomias. La asociación de divertículos yeyunoileales con diverticulos en otra parte del tracto gastrointestinal esta establecida de la siguiente forma: colon 30-61%, duodeno 22% y vejiga 10%. Los diverticulos 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 mienterico 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 mesenterico, en el punto donde penetran los vasos sanguíneos del mesenterio(2,4).

Los diverticulos yeyunales permanecen asintomaticos en el 60 a 70% de los casos. Los casos sintomaticos y sus complicaciones que requieren Cirugía se presentan en el 10-19% de los casos. El diagnostico se efectúa usualmente por radiología (enterografía con doble contraste), exploración quirúrgica y autopsia. El diagnostico diferencial se establece con procesos inflamatorios intraabdominales como apendicitis y colecistitis, ulceras pepticas perforadas, diverticulosis colonica y con las causas de obstrucción intestinal como adherencias y bridas. Los síntomas crónicos incluyen dolor abdominal vago, localizado en epigastrio o perumbilical, sensación de llenura postpandrial y cuadros de obstrucción parcial y resolución espontanea. Dicha sintomatología se asocia con el cuadro de disquinesia intestinal. En dichos casos, esta indicado iniciar tratamiento con terapéutica medica, 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 megaloblastica con o sin neuropatia.. En estos casos se impone igualmente el tratamiento medico 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 Meckeldiverticulum. 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 jejunooileal 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 hidroáreos y distensión de asas del intestino delgado y del colon.

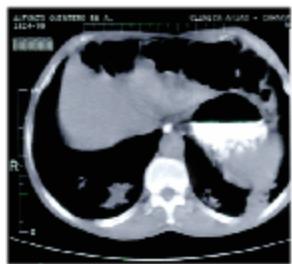


Figura 2 TAC de abdomen, en donde se demuestra distensión del colon con abundante gas y endrosamiento de las paredes del estómago.



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

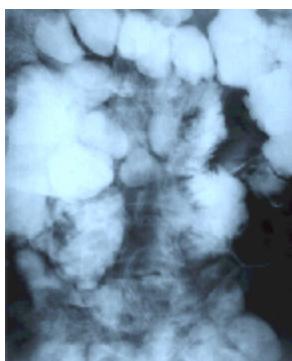


Figura 4 Tránsito intestinal con contraste, en donde se demuestra engrosamiento de la mucosa y marcada dilución del medio de contraste. Presencia de formaciones saculares con medio de contraste en relación con asas intestinales. Estudio no concluyente por retardo en el vaciamiento y del tránsito del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

