

DOI: <https://doi.org/10.52428/20756208.v18i44.925>

Enfermedad diverticular de yeyuno, presentación de un caso en el Hospital Obrero Nro.2, Caja Nacional de Salud.

Diverticular disease of the jejunum, presentation of a case at Hospital Obrero Nro. 2, National Health Fund.

 Paniagua Inturias Santiago¹  Rodríguez Mancilla Neri Edson²

1. Médico residente de tercer año de cirugía general, jefe de residentes de cirugía. Hospital Obrero Nro. 2, Caja Nacional de Salud. Cochabamba, Bolivia. santi.pi@hotmail.com. 2. Cirujano General y laparoscopia; Hospital Obrero Nro. 2, Caja Nacional de Salud. Cochabamba, Bolivia. edsonrm@hotmail.com.

Recibido:9/5/2023 Revisado:16/5/2023 Aceptado:15/5/2023

Cita: Paniagua Inturias Santiago, Rodríguez Mancilla Neri Edson, Enfermedad diverticular de yeyuno, presentación de un caso en el Hospital Obrero Nro.2, Caja Nacional de Salud. *Revista De Investigación E Información En Salud* UNIVALLE 2022; 17(43): p.65-69 <https://doi.org/10.52428/20756208.v18i44.925>

Correspondencia: Santiago Paniagua Inturias, Cochabamba, Bolivia, 76465480, santi.pi@hotmail.com

Nota: Los autores declaran no tener conflicto de intereses con respecto a esta publicación y se responsabilizan del contenido vertido, teniendo acuerdo informado del paciente y sus familiares. Todos los autores participaron activamente en la realización del artículo, que además fue autofinanciado.

RESUMEN:

La enfermedad diverticular consiste en la formación de dilataciones saculares en algún órgano del tubo digestivo; en orden de frecuencia los divertículos se presentan en el colon, duodeno, esófago, estómago, yeyuno e íleon. En esta oportunidad presentamos un caso paciente de sexo masculino de 82 años de edad que fue tratado en el Hospital Obrero Nro. 2 de la Caja Nacional de Salud en Cochabamba, Bolivia; el mismo fue ingresado por una obstrucción intestinal alta, la cual no tenía una etiología definida, ya que el paciente no contaba con antecedentes quirúrgicos; sin embargo, durante el trans quirúrgico el equipo quirúrgico pudo percatarse de la presencia de una patología poco frecuente que es la enfermedad diverticular de yeyuno, posteriormente presentó una buena evolución.

Palabras claves: Enfermedad diverticular, obstrucción intestinal, yeyuno.

Abstract

Diverticular disease consists of the formation of saccular dilations in some organ of the digestive tract; In order of frequency, diverticula occur in the colon, duodenum, esophagus, stomach, jejunum, and ileum. On this occasion we present a case of an 82-year-old male patient who was treated at Hospital Obrero Nro. 2 of the National Health Fund in Cochabamba, Bolivia; He was admitted for a high intestinal obstruction, which did not have a defined etiology, since the patient had no surgical history; However, during the trans-

surgery the surgical team was able to notice the presence of a rare pathology that is diverticular disease of the jejunum, subsequently presented a good evolution.

Keywords: Diverticular disease, intestinal obstruction, jejunum.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad diverticular consiste en la formación de dilataciones saculares en algún órgano del tubo digestivo; en orden de frecuencia los divertículos se presentan en colon, duodeno, esófago, estómago, yeyuno e íleon (1) (5). No es una patología nueva, se trata de una enfermedad donde Sommering y Baye la describen por primera vez en 1794; la primera resección yeyunal fue realizada por Gordinier y Sampson en 1906 en un caso de diverticulitis complicada; en 1920, durante un examen de rayos X del tracto gastrointestinal superior, Case hizo el primer diagnóstico preoperatorio de diverticulosis yeyunoilial (1). Los pacientes con esta enfermedad pueden cursar con un cuadro agudo o crónico y generalmente el diagnóstico se lo realiza durante el acto quirúrgico; el síntoma cardinal de estos pacientes es el dolor abdominal generalmente en región de epigastrio, puede acompañarse de un síndrome de mala absorción, anemia, deposiciones líquidas de manera intermitente, náuseas que llegan al vómito, intolerancia alimentaria y dispepsia (2) (4). Pueden ser de dos tipos: congénitos o adquiridos; de los cuales los primeros son los más comunes; sin embargo, cabe destacar que los adquiridos se dan mayormente a partir de la 7ma década de vida teniendo una incidencia reportada en la literatura de 0.1 a 4.6%. (1) (3). Tiene una predominancia en el sexo masculino de 1.5:1 (4).

El tratamiento generalmente se lo efectúa de manera quirúrgica, debido a que la patología se diagnostica en su presentación aguda, es decir cuando se aparecen las complicaciones de la misma, tales como la perforación y hemorragia que causan un cuadro de abdomen agudo (4); sin embargo, existen reportes en la literatura que nos hablan de diagnósticos incidentales al realizar exámenes, como tránsito intestinal con contraste baritado, tomografía contrastada de abdomen, entero endoscopia o al usar la capsula endoscópica, donde se pueden evidenciar los divertículos (4) (5). El tratamiento consiste en la resección intestinal del asa comprometida con una anastomosis, la cual puede ser efectuada de manera primaria o en un segundo tiempo quirúrgico, dependiendo del compromiso de

la cavidad abdominal, las condiciones nutricionales del paciente y el criterio del cirujano entre otras (4). La mortalidad al realizar un tratamiento quirúrgico oscila entre el 0 al 5%. Los factores que pueden determinar un mal pronóstico en el paciente son edad avanzada, presencia de enfermedades de base, peritonitis generalmente por perforación, retrasos en cuanto al diagnóstico de la enfermedad y la realización de un tratamiento quirúrgico de urgencia (4).

PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO

Masculino de 82 años de edad que es traído por sus familiares al servicio de urgencias con un cuadro de aproximadamente un día de evolución, caracterizado por presentar dolor abdominal de tipo cólico, de moderada a gran intensidad, acompañado de distensión abdominal, náuseas y vómitos de contenido alimentario en varias ocasiones, refiere además ausencia de deposiciones y canalización de gases; siendo compatible con una obstrucción intestinal alta en estudio. Tiene los antecedentes de enfermedad de Chagas, fibrilación auricular, insuficiencia venosa de miembros inferiores y hernia inguinal derecha.

Al examen físico se evidencian signos vitales estables, abdomen distendido con ruidos hidroaéreos disminuidos en frecuencia y aumento del timpanismo abdominal, sin datos de irritación peritoneal; por lo cual se decide la colocación de una sonda nasogástrica, presentando una mejoría parcial del paciente posterior a la abundante salida de material de características gastrointestinales; seguidamente se decide su internación por el servicio de medicina interna y manejo por gastroenterología; en forma posterior se realizaron los siguientes laboratorios: Leucocitos de 6.63(103/uL), granulocitos de 64.3%, hemoglobina de 13.7 g/dl, Hematocrito del 39.6%, plaquetas de 236 (103/uL), glicemia de 144 mg/dl, creatinina de 1.7 mg/dl, Tp: 10.3 Seg e INR de 1.0.

Además, se realizó una radiografía de abdomen compatible con presencia de niveles hidroaéreos; dos días después de su admisión el paciente continua con el mismo cuadro a pesar de las medidas de

descompresión con la sonda nasogástrica, por lo que es valorado por el servicio de cirugía general, e indican un aspirado del contenido de la sonda nasogástrica en una ocasión más, sin éxito; lamentablemente presento una evolución tórpida, continuando el mismo cuadro clínico, por lo que se piden los exámenes prequirúrgicos y un tránsito intestinal para decidir la conducta a tomar.

El tránsito intestinal es realizado revelando una obstrucción del contraste a nivel del íleon terminal (Figura 1). Por lo cual 24 horas después es revalorado por el servicio de cirugía, donde se decide la intervención quirúrgica, sin embargo, la familia rechaza la misma, esperando que el cuadro se resuelva con el tratamiento médico; empero al persistir el cuadro y tras el consentimiento de la familia, se decide realizar una laparotomía exploradora, sospechado de una obstrucción intestinal alta de etiología desconocida.



Figura 1. Tránsito intestinal con contraste a las 12 horas, nótese el paso del contraste solo hasta íleon terminal sin llegar al colon.

Se solicitan exámenes prequirúrgicos y la valoración preoperatoria, donde no se encuentra contraindicación para ingresar a quirófano, a pesar de una injuria renal aguda. En el intra operatorio se encuentran abundantes bridas y adherencias interasas, a pared abdominal, epiplón, colon y recto, además de asas de intestino delgado distendidas; seguidamente se realiza la liberación de las múltiples bridas y adherencias entre las que destaca una brida de íleon terminal a pared abdominal que colapsaba su luz y evitaba el paso del tránsito intestinal; en forma posterior al realizar la evisceración del contenido abdominal para el reordenamiento de las asas intestinales se percata de la presencia de

múltiples divertículos en yeyuno (aproximadamente 13) que comprometen alrededor de 30 a 40 cm de yeyuno a más o menos 30 cm del ángulo de Treitz, los cuales no se encuentran con datos de inflamación ni perforación, por lo cual se informa a familiares del paciente del caso y con autorización de los mismo se procede a realizar la resección intestinal del segmento comprometido con una posterior anastomosis termino terminal de yeyuno, se dejan dos drenajes tubulares (uno en fondo de saco recto vesical y el segundo en región de la anastomosis entero enteral de yeyuno), con posterior rafia de la pared abdominal (Figura 2 y 3).

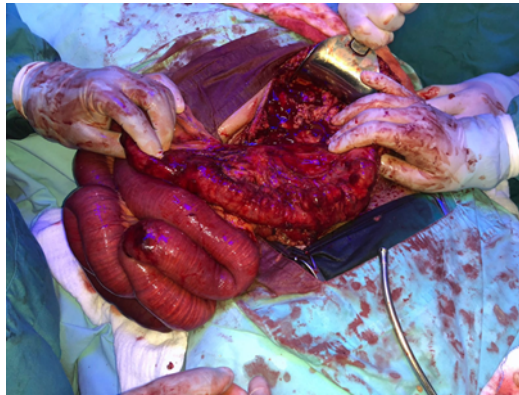


Figura 2. Presencia de divertículos de yeyuno aproximadamente a 30 cm del ángulo de Treitz.

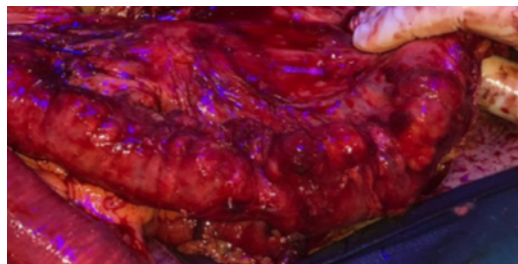


Figura 3. Presencia de Divertículos de yeyuno que comprometen aproximadamente 30 a 40 cm del mismo.

El paciente pasa a la unidad de terapia intermedia quirúrgica, con profilaxis antibiótica, analgesia y su sonda nasogástrica a caída libre, posteriormente se indica nutrición parenteral (Nutriflex® peri). Los primeros dos días de su post quirúrgico cursa con débitos de aproximadamente 60 a 90 cc de contenido intestinal a través de su sonda nasogástrica, sobre todo cuando es movilizado o se sienta, sin otro tipo de alteraciones.

Al 5to día de post operatorio se decide el inicio de la dieta enteral, la cual progresa a una dieta blanda hasta el 7mo día de post operatorio con una adecuada tolerancia y la presencia de canalización de heces y gases; finalmente se decide su alta hospitalaria para continuar con sus controles a través de la consulta externa con su médico tratante.

En los controles, el paciente no presenta inconvenientes en cuanto a su alimentación, continua con una adecuada canalización de gases y heces, además de negar datos de alarma tales como ser dolor abdominal, distensión, alzas térmicas, taquicardia entre otros; se evidencia en

las curaciones una herida quirúrgica cicatrizada de manera adecuada, sin datos de infección en sitio quirúrgico. Posteriormente se confirma el diagnóstico con informe histopatológico compatible con presencia de múltiples divertículos a lo largo del yeyuno proximal.

DISCUSIÓN

La enfermedad diverticular puede presentarse en distintas regiones del aparato digestivo, entre las menos frecuentes el yeyuno, representando el 0.02 al 0.42% de los pacientes diagnosticados; además aumentando la incidencia en la sexta y séptima década de vida según López Marcano AJ et al (1), dato que se asemeja a nuestro paciente; a esto se agrega que la clínica de la patología es muy inespecífica, teniendo el síntoma cardinal el dolor abdominal y como complicación frecuente la obstrucción intestinal, información similar con la publicación de Pedraza NF. et al (2); por lo cual el diagnóstico generalmente se realiza una vez operado el paciente y el cirujano debe de estar preparado para realizar el tratamiento quirúrgico adecuado, que en estos casos

es la resección del segmento intestinal afectado, esto recomendado ya en la literatura por López Marcano AJ et al (1), Pedraza NF et al (2), Navarro S et al (3); a esto se agrega realizar la restitución del tránsito intestinal en el primer acto quirúrgico, siempre cuidando las condiciones óptimas para la evolución adecuada de la anastomosis y esta puede ser manual

o de manera mecánica. Si bien el hallazgo clínico fue incidental, es necesario tomar en cuenta esta posibilidad diagnóstica, anticipándola sobre todo en los pacientes con dolor abdominal y signos de obstrucción intestinal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López Marcano AJ, Ramia JM, De la Plaza Llamas R, Alonso S, Gonzales Aguilar JD, Kühnhardt Barrantes AW. Enfermedad diverticular yeyuno-ileal complicada tratada quirúrgicamente: serie de 12 casos y revisión de literatura. *Rev Gastroenterol Peru*. 2017;37(3):240-5. [citado el 5 de junio de 2023]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v37n3/a08v37n3.pdf>
2. Pedraza NF, Roa A. Diverticulosis del yeyuno: complicaciones y manejo; reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Cir [Internet]*. 2010 [citado el 5 de junio de 2023];25(1):4855. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/133>
3. Navarro S, Ramírez Valverde JM. *Medigraphic.com*. [citado el 5 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr162a.pdf>
4. Peña-Portillo GK, Ayala-Hernández SG, Pérez-Torres GC, et al. Perforated jejunal diverticulitis: an infrequent cause of acute abdomen. *Cir Gen*. 2021;43(2):125-131. doi:10.35366/106724.
5. Casado Alarcón SNI, Sánchez González SA, Alias Carrascosa SG, Sánchez Canales SM, Perez Hernandez SG, Trejo Gallego SC, Pulido Cristina SC, Cotillo Ramos SE, Ortiz Mayoral SH. Diverticulitis aguda más allá del sigma. *seram [Internet]*. 26 de mayo de 2022 [citado 5 de junio de 2023];1(1). Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8801>