

Hallazgo transoperatorio de divertículo duodenal. A propósito de un caso.

Autor: Dr. Victor Manuel Sierra Alfonso

Esp. 1^{er} grado en MGI

Esp. 1^{er} grado en Cirugía General

Profesor Auxiliar

Investigador Agregado

e-mail: victor.sierra@infomed.sld.cu

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3150-3818>

Dirección: calle 34 #2726 entre línea y final, Melena del Sur, Mayabeque.

Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque

Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Aleida Fernández Chardiet"

Tipo de caso clínico: Estudio de caso

Resumen

Los divertículos, del latín diverticulum (desviación de un camino) son formaciones saculares o bolsas de una cavidad o tubo principal. Se localizan frecuentemente en el tracto digestivo. La prevalencia es del 1-22% en autopsias y en colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica y del 5-10 % en estudios de imagen del abdomen. Menos del 10% son sintomáticos y menos del 1% requerirán tratamiento quirúrgico. Se presenta un caso con un divertículo duodenal cuyo diagnóstico se realizó en el transoperatorio. Una entidad donde por su escasa sintomatología no se puede realizar su diagnóstico clínico. Paciente femenina de 83 años de edad, que fue intervenida quirúrgicamente y presentaba una trombosis mesentérica segmentaria. Cinco días más tarde es nuevamente intervenida por dehiscencia de la sutura intestinal y se realiza el diagnóstico transoperatorio de un divertículo duodenal. El diagnóstico clínico presenta dificultad debido a que no existe una presentación característica, menos del 10 % son francamente sintomáticos.

Palabras claves: divertículo duodenal, diagnóstico transoperatorio

Introducción

Los divertículos, del latín diverticulum (desviación de un camino) son formaciones saculares o bolsas de una cavidad o tubo principal, se localizan frecuentemente en el tracto digestivo.¹

Los divertículos del intestino delgado son poco frecuentes; su incidencia oscila entre 0,06 % y 5 % de los casos. Se consideran divertículos falsos pues solo contienen mucosa y submucosa. Se observan con mayor frecuencia en el duodeno y más raramente en el yeyuno e íleon.²

A pesar que el duodeno constituye el segundo sitio más frecuente para el desarrollo de divertículos en el tubo digestivo (después del colon), únicamente un grupo limitado de pacientes desarrollan sintomatología asociada a su presencia.^{1,3-5}

El divertículo duodenal fue descrito por Chromel en 1710.⁴ Es una entidad muy común. Se observa entre el 10- 20% de las duodenoscopias realizadas.⁶

La prevalencia es del 1-22% en autopsias y en colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y del 5-10% en estudios de imagen del abdomen.^{3,5}

Pueden ser de varios tamaños y pueden ser múltiples, de paredes delgadas, sin válvulas conniventes y de base estrecha,⁶ además pueden ser congénitos y adquiridos.^{1,2,6} y según su situación: intraluminales y extraluminales^{1,7}. La mayoría de ellos son adquiridos y extraluminales.¹

Están formados por una saculación de la mucosa y submucosa que se hernian a través de un defecto muscular, por un mecanismo de pulsión.^{1,7} Se generan en el punto de menor resistencia de la pared duodenal (ámpula de Vater, yuxtapapilares), cara medial y en la segunda porción del duodeno.⁶

Pueden aparecer en la cara lateral y en la 3ra y 4ta porciones (10%).^{1,4,6} En este punto donde la disposición circular de la musculatura duodenal se desestructura para poder integrar al esfínter de Oddi.⁶

Menos del 10% son sintomáticos y menos del 1% requerirán tratamiento quirúrgico.⁶

Los divertículos intraluminales o en manga de aire (windsock) son divertículos que ocurren completamente dentro de la luz. Son raros y se deben a una anomalía del desarrollo que produce un diafragma o una membrana a través de la luz. Con el tiempo, el peristaltismo puede tirar de la membrana y la pared intestinal a la que está unida hacia la luz. La pared intestinal invaginada es en efecto una bolsa intraluminal o un divertículo.⁷

Se presenta un caso con un divertículo duodenal cuyo diagnóstico se realizó en el transoperatorio. Una entidad donde por su escasa sintomatología no se puede realizar su diagnóstico clínico.

Presentación del Caso.

Motivo de consulta: dolor de "barriga" y vómitos.

Historia de la enfermedad actual: Paciente femenina, blanca, de 83 años de edad, ama de casa. Como hábitos tóxicos, el consumo de forma moderada de café.

Antecedentes patológicos personales de histerectomía vaginal hacia \pm 25 años, de Enfermedad Cerebro Vascular Isquémica y trastornos del ritmo cardíaco \pm 10 años, que llevaba tratamiento con Aspirina 125mg diarios y Amiodarona 200mg diarios.

Antecedentes patológicos familiares: el padre de cardiopatía isquémica y la madre de hipertensión arterial.

Acudió al cuerpo de guardia porque dos días antes había comenzado con epigastralgia, náuseas, vómitos oscuros en número de 5, dolor abdominal que después se trasladó a fosa iliaca derecha. Diarreas referidas como oscuras que impresionaban con sangre.

Al examen físico.

Mucosas húmedas y normocoloreadas

Tejido celular subcutáneo no infiltrado

Aparato respiratorio: murmullo vesicular normal, no estertores, FR 18 x min

Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos arrítmicos, de buen tono, no soplos.

TA 120/80 FC 120 x min

Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, dolor a la descompresión brusca y a la percusión en el punto de Mac Burney. No visceromegalia ni tumor. Sonoridad normal.

Sistema nervioso central: consciente, orientada, sin signos de focalización neurológica.

Estudios de Laboratorio.

Hto 047

Leucograma $8,7 \times 10^9/l$ Polimorfonucleares 68 Linfocitos 32

Coagulograma: tiempo de sangramiento 1 min, tiempo de coagulación 8 min

Coágulo retráctil, conteo de plaquetas 240 000

Grupo Sanguíneo y Factor RH: A⁺

Estudios imagenológicos.

Radiografía de tórax simple pósterioanterior: No se observan lesiones oseas ni pleuropulmonares.

Otros estudios.

ECG: Extrasístoles aisladas.

Fue llevada al salón de operaciones con el diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda del anciano.

Como hallazgo transoperatorio describen ciego y colon ascendente de color verde violáceo, necróticos, con microperforaciones y fetidez. En relación con una Trombosis Mesentérica

Segmentaria. Realizan hemicolectomía derecha e ileotransversostomía terminolateral en dos planos y toilette de cavidad. Dejan un drenaje tubular multiperforado en el parietocólico derecho. En su segundo día de postoperatorio hace fiebre de 38°C, diuresis escasa, líquido serohemático por el drenaje.

Al tercer día, todavía sin expulsar gases. Drenaje prácticamente seco.

Al cuarto día, desorientación en tiempo, espacio y persona de forma intermitente, un abdomen que no mostraba signos de agravamiento alguno y escaso líquido serohemático por el drenaje.

Al quinto día mantenía desorientación, no dolor abdominal a la palpación, aunque algo contracturado, pero con salida por el drenaje de líquido de aspecto, color y olor fecaloideo.

Se llevó al salón de operaciones con diagnóstico de dehiscencia de la sutura intestinal. Se confirmó en el transoperatorio dehiscencia parcial de la ileotransversostomía, líquido fecaloideo libre en cavidad abdominal. Íleon terminal alrededor de 40 cm de color verde-violáceos (necrosados), segmento de yeyuno alrededor de 25 cm de iguales características al anterior, que fue resecado y quedó la anastomosis a \pm 30 cm del ángulo de Treitz.

Toilette amplia de la cavidad abdominal, ileostomía y transversostomía derecha.

Se encontró además una dilatación sacular que se continuaba con el duodeno a nivel de la segunda porción, en correspondencia con un divertículo duodenal. (Figuras 1 y 2)

La paciente mejora su estado hemodinámico y el nivel de orientación. Y así transcurren 72 horas, a partir de la cual comienza nuevamente a depauperar su estado hemodinámico y fallece 48 horas más tarde.

Discusión

A diferencia de los divertículos colónicos, los duodenales difícilmente producen sintomatología debido a su mayor tamaño, al flujo intraluminal aumentado y a que el contenido duodenal es relativamente estéril.¹

Predominan entre los 50 – 65 años de edad, y ligero predominio en las mujeres.^{1,4,6} La incidencia del divertículo duodenal aumenta con la edad.¹ Son infrecuentes antes de los 50 años, pero pueden presentarse en entre el 10-15% de la población mayor de 80 años.^{3,4}

Lo más habitual es que sean asintomáticos o se manifiesten en forma de coledocolitiasis de repetición. Sin embargo, desarrollan sintomatología clínica hasta en un 5% de los casos, en relación con complicaciones. Puede deberse a diverticulitis, colangitis, pancreatitis, hemorragia, ictericia obstructiva, neumoperitoneo y malabsorción en el caso del desarrollo de fístulas duodenocolónicas^{1,4,7,8}.

En algunas ocasiones pueden condicionar dolor abdominal crónico.^{1,4,7,8} Debido a un aumento de la presión en un divertículo inflamado y con problemas de vaciamiento, o debido a infecciones bacterianas ascendentes por estasis de partículas de alimento y crecimiento bacteriano, lo que puede ser una causa de colangitis o pancreatitis recidivante.¹

Menos del 10% de los divertículos son sintomáticos y aproximadamente menos del 1% requerirá tratamiento quirúrgico.^{1,9}

El diagnóstico clínico presenta dificultad debido a que no existe una presentación característica, por lo que puede presentar dificultades diagnósticas de consideración si no es tenido en cuenta. Las manifestaciones clínicas están relacionadas con las complicaciones que provocan sobre la región pancreatobiliar.^{1,10}

Pueden ser diagnosticados de forma accidental en el curso de estudios endoscópicos, radiológicos y/o quirúrgicos.¹ Como le ocurrió a esta paciente.

La transformación maligna es excepcional, ocurre sólo relacionada con la inclusión de tejido pancreático o gástrico ectópico, no es corroborada la asociación con las neoplasias de las vías biliares.¹

La perforación es infrecuente. Es la más grave de las complicaciones, con una mortalidad aproximada del 50 %.^{1,10}

Otra complicación descrita es la hemorragia, ésta suele ser de pequeña cantidad y repetida, se manifiesta mayormente como anemia y excepcionalmente a modo de sangramiento digestivo alto, por ulceración de la mucosa diverticular.^{1,10}

En este caso presentado el diagnóstico se hace en el transoperatorio, durante la exploración por el cirujano de la cavidad abdominal. Donde se aprecia el valor diagnóstico de una laparotomía, no solo con fines terapéuticos.

Referencias Bibliográficas

1. Saca Murra J. Divertículo duodenal. Atlas de Video Endoscopia Gastrointestinal de El Salvador. 2020. [citado 22 Feb 2021]. Disponible en: https://www.gastrointestinalatlas.com/espanol/diverticulo_duodenal.html
2. Estrada Guerra Y, López Moya YC, Rojas Méndez Y. Divertículo duodenal. MediCiego [Internet]. 2019 [citado 22 Feb 2021];25(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1183>
3. Mayo Ossorio MA, Pacheco García JM, Roldán Ortiz S, Fernández Serrano JL. Divertículo duodenal simulando neoplasia quística de páncreas. Revista chilena de cirugía [Internet]. 2017 [citado 22 Feb 2021];70(2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-cirurgia-266-avance-resumen-diverticulo-duodenal-simulando-neoplasia-quistica-S0379389317300285>
4. Jerónimo Solé J, Figgini H, Aloy L, Ritondale O, Ruiz HD. Hemorragia digestiva alta y divertículo duodenal: reporte de un caso. Acta Gastroenterol Latinoam [Internet]. 2020 [citado 22 Feb 2021];50(2):169-172. Disponible en: <https://actagastro.org/hemorragia-digestiva-alta-y-diverticulo-duodenal-reporte-de-un-caso/>
5. Díaz Alcázar MM, García Robles A, Martín-Lagos Maldonado A. Divertículo duodenal como causa infrecuente de hemorragia digestiva alta. RAPD ONLINE [Internet]. 2020 [citado 22 Feb 2021];43(6): 396-8. Disponible en: <https://www.sapd.es/revista/2020/43/6/04>
6. Díaz Rosales JD. Divertículo duodenal y su abordaje endoscópico. Slideshare Endoscopia Gastrointestinal. 2019. [citado 22 Feb 2021]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/juandediosdiazrosales/diverticulo-duodenal-y-su-abordaje-endoscopico>
7. Braum JA, Ching Companioni RA. Enfermedad diverticular del estómago y el intestino delgado. Manual MSD. 2019. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/enfermedad-diverticular/enfermedad-diverticular-del-est%C3%B3mago-y-el-intestino-delgado>
8. Carmona Agúndez M, López Guerra D, Fernández Pérez J, Blanco Fernández G. Síndrome de Lemmel: ictericia obstructiva secundaria a divertículo duodenal. Cir Esp [Internet]. 2017 [citado 22 Feb 2021];95(9): 545-54. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirurgia-espanola-36-articulo-sindrome-lemmel-ictericia-obstructiva-secundaria-S0009739X17300349>
9. Dávila Ruiz EO, García Manzano RA, Barker Antonio A, Martínez Santiago NY, Isidoro Hernández D, Sánchez Guerrero RI. Ictericia obstructiva intermitente o síndrome de Lemmel: reporte de caso y revisión de la literatura. Cir Cir [Internet]. 2020 [citado 22 Feb 2021];88(2):60-65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33284277/>
10. Sanz M, Román M, Yuste R. Lesión de Dieulafoy en divertículo duodenal. Una causa infrecuente de HDA. Rev Esp Enferm Dig [Internet]. 2018 [citado 22 Feb 2021]; 110:266-267. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082018000400020