

# Cartas al director



## Hemorragia digestiva baja grave por diverticulosis yeyunal. Diagnóstico preoperatorio por enteroscopia

Sr. Director:

La mayoría de hemorragias digestivas proceden de tramos proximales al ángulo de Treitz, o distales a la válvula ileocecal. Las hemorragias del intestino delgado suponen sólo el 1,4% de los casos y presentan serias dificultades en el momento del diagnóstico; además, tienen una morbilidad importante<sup>1</sup>. Presentamos un caso de shock hemodinámico secundario a hemorragia masiva por diverticulosis yeyunal, diagnosticada preoperatoriamente mediante enteroscopia.

Varón de 74 años que acude a urgencias por rectorragia. En la exploración física destacaba palidez intensa, sudoración profusa, hipotensión (presión arterial [PA] de 60/40 mmHg) y taquicardia (130 lat/min). La analítica denotaba aumento de urea (96 mg/dl) con creatinina normal y anemia normocítica (hemoglobina, 6,5 g/dl; VCM 89 fl); la serie blanca y plaquetaria eran normales. Tras estabilización hemodinámica se realizaron una endoscopia alta y una colonoscopia con ileoscopia, que no fueron diagnósticas. Ante la persistencia de la rectorragia y la inestabilidad hemodinámica se realizó una enteroscopia urgente, donde se apreció gran cantidad de divertículos yeyunales, algunos de gran tamaño, con sangre fresca, por lo que se decidió realizar laparotomía urgente, que puso de manifiesto la presencia de divertículos de gran tamaño. Se procedió a la resección intestinal hasta el intestino de aspecto sano y a una anastomosis laterolateral. El estudio anatomo-patológico reveló segmento de yeyuno con múltiples divertículos, algunos de gran tamaño sin poder precisar un punto de sangrado (fig. 1). El postoperatorio cursó de forma satisfactoria.

Los divertículos yeyunoileales no meckelianos son poco frecuentes. En la mayoría de los casos son asintomáticos (alrededor del 60-70%); no obstante, la trascendencia de sus complicaciones, especialmente las agudas, supone un riesgo vital importante. Las complicaciones, entre ellas la hemorragia, son raras y la rectorragia masiva por diverticulosis yeyunal se ha descrito sólo en poco más de medio centenar de casos<sup>2</sup>. La patogenia del sangrado desde un divertículo es la ulceración que compromete una arteria, el traumatismo mecánico intradiverticular o la diverticulitis<sup>3</sup>. El diagnóstico de la hemorragia por diverticulosis yeyunal es difícil y, en muchos casos, sólo se llega a él en el acto quirúrgico. En una serie de 35 pacientes, publicada antes de 1969, el diagnóstico se realizó intraoperatoriamente o en la necropsia<sup>2,4</sup>, pero últimamente, gracias a



Fig. 1. Segmento de intestino delgado resecado con múltiples divertículos

las técnicas de imagen y endoscópicas, este panorama está cambiando<sup>4,5</sup>. Rodríguez et al<sup>2</sup> presentan un algoritmo diagnóstico, modificación del presentado previamente por Wilcox y Shatney<sup>3</sup>, en los pacientes hemodinámicamente estables con hemorragia digestiva baja activa y refractaria al tratamiento médico; no obstante, en este esquema no se hace mención de la enteroscopia preoperatoria que, como en nuestro caso, puede aportar información valiosa antes de la laparotomía.

El tratamiento de elección se considera la resección segmentaria con reconstrucción primaria del tránsito, en lo que hay debate es en la extensión de resección en las diferentes complicaciones de la diverticulosis yeyunal. La embolización arterial en casos concretos es una técnica aceptada, y hay casos anecdóticos en los que la perfusión de vasopresina por vía arterial ha sido eficaz<sup>6</sup>.

La demostración del punto de sangrado en el estudio de la pieza quirúrgica es poco frecuente<sup>3,7</sup>, como en nuestro caso, y es la evolución la que nos indica la certeza diagnóstica.

En el caso que presentamos merece destacar lo inusual de la gravedad del caso y, sobre todo, el diagnóstico preoperatorio mediante enteroscopia.

Robin Rivera Irigoín<sup>a</sup>, Gregorio García Fernández<sup>a</sup>, Francisco José Medina Cano<sup>b</sup>, Esther Ubiña Aznar<sup>b</sup>, Isabel María Méndez Sánchez<sup>a</sup>, Francisco Vera Rivero<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Aparato Digestivo. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España. <sup>b</sup>Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

## Bibliografía

1. Gismant M, Ceratti P, Valenza V, Ricci R, Rapaccini GL, Gasbarrini G. Recurrent hemorrhagic shock from solitary jejunal diverticulum. Hepato Gastroenterol. 2004;51:1069-72.
2. Rodríguez HE, Ziauddin MF, Quiros ED, Brown AM, Podbielski FJ. Jejunal diverticulosis and gastrointestinal bleeding. J Clin Gastroenterol. 2001;33:412-4.
3. Wilcox RD, Shatney CH. Massive rectal bleeding from jejunal diverticula. Surg Gynaecol Obstet. 1987;165:425-8.

Cartas al director

4. Chow LW, Ong CL, Png DJ. Massive rectal bleeding from an ulceration in a jejunal diverticulum. *J Clin Gastroenterol.* 1993;17:85-6.
5. Schwesinger WH, Sirinek KR, Gaskill HV 3rd, Velez JP, Corea JJ, Strodel WE. Jejunoileal causes of overt gastrointestinal bleeding: diagnosis, management, and outcome. *Am Surgeon.* 2001;67:383-7.
6. Spiegel R, Schultz RW, Casarella WJ, Wolff M. Massive hemorrhage from jejunal diverticula. *Diagn Radiol.* 1982;143:367-71.
7. Shackelford RT, Marcus WY. Yeyunal diverticula. *Ann Surg.* 1960;151: 930-8.