

Cartas al director

Diverticulitis yeyunal perforada

Sr. Director:

Hemos leído con interés la carta de Azpiazu et al¹, publicada en su Revista, en la que presentan su experiencia en diverticulosis yeyunal asociada a diverticulosis duodenal y sigmoidea. Nos gustaría aportar un nuevo caso de abdomen agudo causado por un divertículo yeyunal perforado, que hemos intervenido recientemente.

Se trataba de una paciente de 79 años con antecedentes personales de ulcus gastroduodenal, hipertensión arterial y osteoartritis, que acudió a urgencias por dolor abdominal generalizado de inicio brusco y gran intensidad, de varias horas de evolución, acompañado de vómitos. En la exploración física se apreció frialdad cutánea, con temperatura axilar de 36,5 °C, signos de deshidratación leve, auscultación cardiopulmonar normal con 100 lat/min, presión arterial 140/85 mmHg, y abdomen en tabla con dolor generalizado a la palpación, signo de rebote y ausencia de ruidos peristálticos. No se objetivaron hernias. Los estudios analíticos evidenciaron leucocitosis (14.800/ml) con desviación izquierda, hiperglucemia (151 mg/dl), elevación de cifras de urea (72 mg/dl), creatinina (1,3 mg/dl) y AST (44 U/l), así como hipopotasemia (3,3 mmol/l), siendo normales las cifras de sodio, cloro, LDH, CK, amilasas, bilirrubina total y el estudio de coagulación. En la radiografía de tórax no se apreciaron alteraciones, y la placa de abdomen en bipedestación permitió observar una dilatación de las asas en vacío e hipocondrio izquierdos, sin niveles hidroaéreos ni neumoperitoneo. La ecografía abdominal únicamente detectó una asa de intestino delgado en la fosa ilíaca derecha, hipoeicoica, con leve engrosamiento parietal.

Con el diagnóstico sindrómico de abdomen agudo, fue intervenida quirúrgicamente, mediante laparotomía media suprainfraumbilical. Se objetivó una pequeña cantidad de exudado peritoneal purulento inframesocólico, entre asas, y una pequeña perforación en la base de un divertículo de borde mesentérico del yeyuno proximal, a 20 cm del ángulo de Treitz. Existían múltiples divertículos mesentéricos en un segmento extenso yeyunal, sin afección ileal o colónica coexistente. Se practicó una resección intestinal incluyendo el divertículo perforado, y anastomosis laterolateral mecánica con GIA. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones. El estudio anatomopatológico evidenció diverticulitis aguda perforada.

A diferencia de la enfermedad diverticular del colon, la presencia de divertículos adquiridos o de "pulsión" en el intestino delgado es infrecuente. La incidencia de diverticulosis yeyunoileal es del 0,073-1,3% en estudios radiológicos con contraste, y del 0,073-8% en necropsias². Permanecen asintomáticos en el 60-70% de los casos^{3,4} y causan síntomas o complicacio-

nes quirúrgicas en el 10-19%. La diverticulitis yeyunal o ileal, con o sin perforación, ocurre en el 2,3-6,4% de los casos⁴, y generalmente es secundaria a una reacción inflamatoria aguda necrosante. Menos frecuentemente, puede ser debida a una perforación por cuerpo extraño o a un traumatismo cerrado abdominal. Suele ocasionar una peritonitis localizada, ya que el divertículo es aislado por el mesenterio adyacente. En algunos casos, la diverticulitis perforada puede causar fístulas intestinales, abscesos hepáticos o de pared abdominal⁵.

Las hojas mesentéricas contribuyen a contener la contaminación peritoneal, lo que suele condicionar un retraso diagnóstico que en pacientes ancianos o debilitados puede conducir a sepsis, fallo multiorgánico y muerte⁶. Los síntomas clínicos de la diverticulitis yeyunal perforada mimetizan otros cuadros de abdomen agudo, y frecuentemente la exploración clínica inicial no sugiere la necesidad de intervención quirúrgica urgente⁷. Este retraso en la indicación de laparotomía se correlaciona con la mortalidad.

Por otra parte, la localización intramesentérica del divertículo perforado también puede dificultar su localización intraoperatoria⁷, pasando inadvertida su presencia, lo que obligaría a realizar una segunda laparotomía, en raras ocasiones⁸. La exploración metódica de todas las asas de intestino delgado, la detección de otros divertículos yeyunales, y la insuflación o aumento de la presión intraluminal para demostrar la existencia de perforaciones, facilitan este diagnóstico.

Existe acuerdo general en que el tratamiento de elección de la diverticulitis yeyunal perforada es la resección del segmento afectado con anastomosis primaria, ya sea por vía laparotómica^{3,4,6,7,9} o laparoscópica¹⁰. Otras técnicas de invaginación o escisión local, que se asocian con una elevada morbilidad y con una mortalidad hasta tres veces mayor que cuando se emplean métodos resectivos^{3,7}, serían apropiadas únicamente en casos de contaminación peritoneal o inflamación mínimas⁶.

Hay discrepancia respecto al tratamiento de los otros divertículos yeyunales no inflamados coexistentes. El abordaje agresivo, con resección de todo el segmento intestinal afectado, se apoya en el potencial riesgo de futuras complicaciones debidas a los divertículos remanentes^{7,11}, pero no estaría justificado en pacientes ancianos y debilitados⁴, como sucedía en nuestro caso, o en resecciones extensas.

Recientemente, se ha sugerido la posibilidad de tratamiento conservador de la diverticulitis yeyunal perforada, mediante antibioterapia intravenosa, drenaje percutáneo y control con TC de las colecciones intraabdominales², que ofrece la ventaja de realizar cirugía electiva *a posteriori*, reduciendo la morbilidad de una resección intestinal extensa en el contexto de una sepsis intraabdominal. Esta actitud conservadora exige un diagnóstico clínico exacto, que suele ser difícil preoperatoriamente, y un estudio mediante TC que permita comprobar que el proceso inflamatorio es localizado.

La mortalidad global histórica de la diverticulitis yeyunal perforada es del 24%, reducida al 14% cuando se lleva a cabo resección intestinal con anastomosis primaria³. Estas cifras se habían mantenido en las últimas décadas, en relación con la edad avanzada de los pacientes y el retraso diagnóstico y terapéutico, aunque en las publicaciones recientes se ha comunicado una mortalidad del 0%, atribuible a la mejoría en los cuidados perioperatorios.

En cualquier caso, el diagnóstico y el tratamiento precoz contribuyen a reducir la morbimortalidad de este infrecuente

tipo de abdomen agudo.

M.C. Peláez, F.R. Rodríguez, G. Tato y A. Quintela

Servicio de Cirugía General. Hospital del Bierzo. Ponferrada. León.

Bibliografía

1. Azpiazu Arnaiz A, De Frutos Gamero A, Castro Esnal E, Uranga Goicoetxea A, Ribera Garbayo JR. Divertículos yeyunales. Dolor abdominal inespecífico. *Cir Esp* 2000; 67: 214-216.
2. Novak JS, Tobias J, Barkin JS. Nonsurgical management of acute jejunal diverticulitis: a review. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 1929-1931.
3. De Bree E, Grammatikakis J, Christodoulakis M, Tiftis D. The clinical significance of acquired jejunoileal diverticula. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 2523-2528.
4. Palder SB. Jejunal diverticulosis. *Arch Surg* 1988; 123: 889-894.
5. Álvarez OA, Mejia A, Ostrower VS, Lee M. Jejunal diverticulosis manifesting with abdominal wall abscess. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 2060-2062.
6. Chendrassekhar A, Timberlake GA. Perforated jejunal diverticula: an analysis of reported cases. *Am Surg* 1995; 61: 984-988.
7. Koger KE. Perforated jejunal diverticula. *Am J Surg* 1996; 62: 26-29.
8. Ekhausser FE, Zelenock GB, Freier DT. Acute complications of jejunal-ileal pseudodiverticulosis: surgical implications and management. *Am J Surg* 1979; 138: 320-323.
9. Ross CB. Diverticular disease of the jejunum and its complications. *Am Surg* 1990; 56: 319-324.
10. Cross MJ, Snyder SK. Laparoscopic-directed small bowel resection for jejunal diverticulitis with perforation. *J Laparoendoscopic Surg* 1993; 3: 47-49.
11. Ahkrass R, Yaffe MB, Fischer C, Ponsky J, Shuck JM. Small bowel diverticulosis: perceptions and reality. *J Am Coll Surg* 1997; 184: 383-388.