

<sup>a</sup> Servei Aparell Digestiu, Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, Spain

<sup>b</sup> Servei de Laboratoris Clínics, Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, Spain

<sup>c</sup> Servei de Malalties infeccioses, Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, Spain

<sup>d</sup> Departament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Spain

<sup>e</sup> CIBERehd, Instituto de Salud Carlos III, Spain

\* Corresponding author.

E-mail address: [ebrunetm@tauli.cat](mailto:ebrunetm@tauli.cat) (E. Brunet).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.10.001>

0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Diverticulitis yeyunal perforada: una causa rara de abdomen agudo



### Perforated jejunal diverticulitis: a rare cause of acute abdomen

La diverticulosis yeyunal es una patología adquirida muy infrecuente, con una incidencia del 0,3-1%<sup>1</sup>. Los divertículos se localizan en el borde mesentérico del yeyuno proximal en el 75% de los casos, el 20% en el yeyuno distal y el 5% en íleon<sup>1</sup>.

Presentamos un caso de una diverticulitis yeyunal perforada, como causa rara de dolor abdominal agudo y destacamos la importancia de tener una alta sospecha clínica en esta entidad para realizar un diagnóstico y tratamiento tempranos.

Mujer de 66 años que acude a Urgencias por dolor abdominal de tipo cólico en la región epigástrica de cuatro días de evolución, con náuseas y vómitos asociados. Presentaba fiebre de 38 °C y en la exploración física el abdomen era blando y depresible, doloroso a la palpación de manera difusa. El signo de Blumberg fue positivo. La analítica mostraba leucocitosis ( $15,9 \times 10^9/L$ ) y la PCR estaba elevada (3,3 mg/dL). Se realizó un CT abdominopélvico, en el que se observó neumoperitoneo, líquido libre intrapélvico y aumento de la densidad de la grasa mesentérica en hemiabdomen izquierdo. Se evidenció también diverticulosis a nivel del sigma. El diagnóstico inicial de la paciente fue de una diverticulitis sigmoidea perforada, por lo que se decidió realizar tratamiento quirúrgico urgente. Intraoperatoriamente se observó una peritonitis diseminada en todos los cuadrantes con colecciones interasas y múltiples divertículos yeyunales (10 divertículos distribuidos en el yeyuno, que comenzaban desde inmediatamente distal al ángulo de Treitz), con una gran perforación de un divertículo en borde mesentérico yeyunal a 80 cm del Treitz (fig. 1). Se resecó el fragmento yeyunal con el divertículo perforado, realizando una anastomosis T-T mecánica. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y la paciente fue dada de alta al séptimo día del postoperatorio. Revisando el CT tras la cirugía, se podían identificar los divertículos (fig. 2). Posteriormente, el estudio anatomopatológico confirmó la enfermedad diverticular yeyunal con perforación, así como una marcada inflamación del mesenterio intestinal.

La diverticulosis yeyunoileal fue descrita por primera vez por Sömmerring en 1794 como una herniación de la

mucosa y la submucosa en el borde mesentérico de la pared del intestino delgado, a través de la capa muscular (pseudodivertículo)<sup>2</sup>. Su etiología es desconocida y se cree que es causada por una combinación de peristaltismo anormal, discinesia intestinal y un aumento de la presión<sup>3</sup>. Estos divertículos surgen generalmente en conjunción con otros divertículos coexistentes en otros lugares como el colon, en hasta el 75% de los casos<sup>3</sup>, como ocurrió en nuestra paciente.

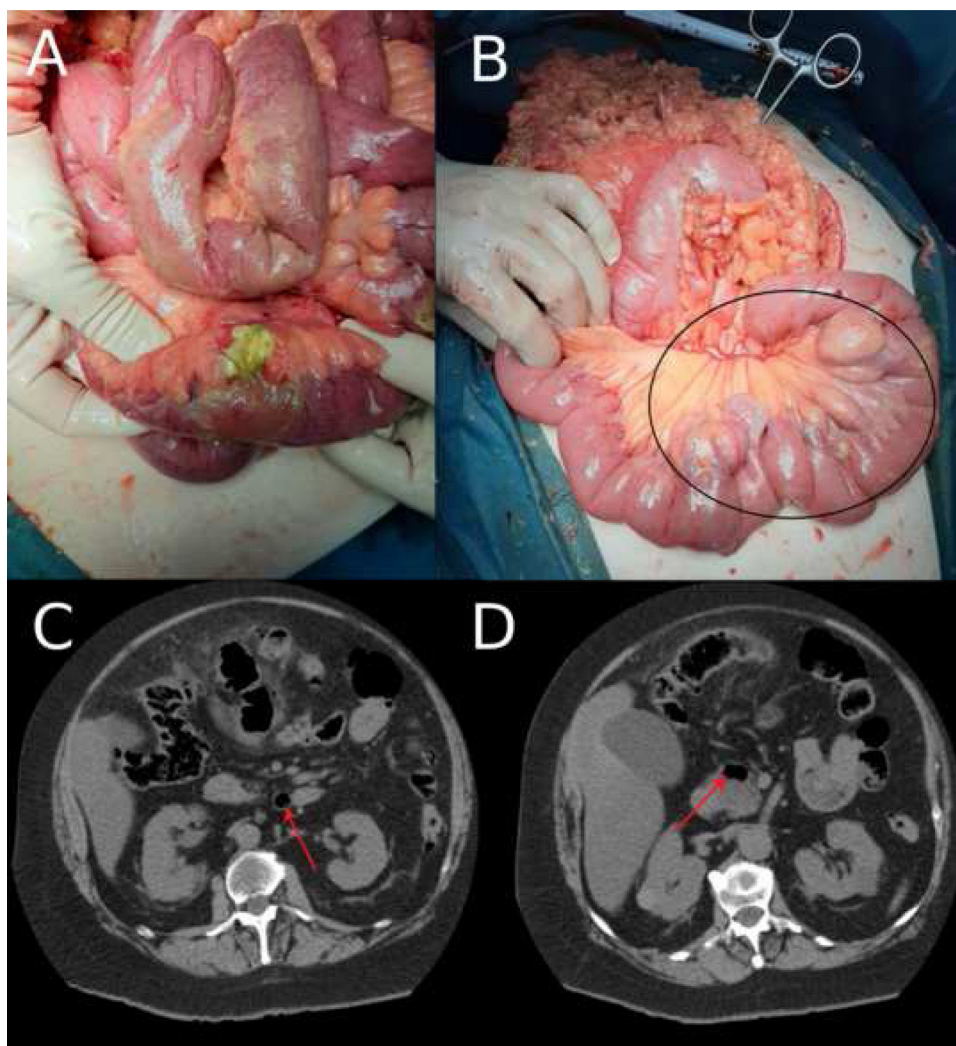
La diverticulosis yeyunal suele ser asintomática; solo el 29% de los pacientes desarrollan síntomas inespecíficos, como molestias abdominales crónicas postprandiales, flatulencia, diarrea, malabsorción o esteatorrea, que fácilmente conducen a un diagnóstico erróneo y se requiere un alto grado de sospecha clínica<sup>1,3</sup>. El 10% desarrolla complicaciones como obstrucción intestinal, peritonitis, hemorragia digestiva baja o perforación, siendo esta última una complicación grave que ocurre en el 2-6% de los casos<sup>3</sup>.

El diagnóstico es a menudo un desafío, ya que a pesar de que la tomografía computarizada es el mejor método de imagen para diagnosticar una diverticulosis yeyunal complicada, hasta en el 75% de las veces las pruebas de imagen no resultan diagnósticas inicialmente y el diagnóstico se obtiene intraoperatoriamente<sup>3</sup>, como ocurrió en el paciente que presentamos.

La mayoría de las complicaciones de la diverticulosis yeyunal requieren tratamiento quirúrgico. Aunque el manejo conservador de un divertículo yeyunal perforado se puede realizar en pacientes estables que presentan síntomas y signos abdominales localizados<sup>4</sup>, la exploración quirúrgica con resección segmentaria con anastomosis primaria es el pilar del tratamiento, como se realizó en nuestro caso<sup>5</sup>. Procedimientos quirúrgicos alternativos como el cierre primario, la diverticulectomía o la invaginación están asociados con resultados extremadamente pobres y altas tasa de mortalidad, por lo que deben evitarse<sup>5</sup>.

Debido a factores pronósticos pobres, como la edad avanzada, y a los retrasos en el diagnóstico y el tratamiento, la mortalidad por diverticulitis yeyunal varía del 0 a 5%, aumentando al 40% en caso de perforación<sup>1,5</sup>.

Para concluir, dada la baja incidencia de los divertículos yeyunales, a su clínica inespecífica y a la baja sensibilidad de las pruebas de imagen, suelen ser un hallazgo incidental en la cirugía y confundirse con otra patología, como en nuestro caso, pudiéndose retrasar el tratamiento de esta entidad.



**Figura 1** 1A) Imagen intraoperatoria: perforación de un divertículo yeyunal distal grande único. 1B) Imagen intraoperatoria: múltiples divertículos yeyunales grandes, en el borde mesentérico, desde prácticamente el ángulo de Treitz hasta 80 cm del mismo (círculo negro). 1C y 1D) Imagen del CT abdominopélvico; vista axial. La imagen muestra los divertículos yeyunales (flechas rojas).

## Bibliografía

1. Staszewicz W, Christodoulou M, Proietti S, Dermartines N. Acute ulcerative jejunal diverticulitis: case report of an uncommon entity. *World J Gastroenterol.* 2008;14:6265–7.
2. Baillie M, Buchhandlungb V, Sömmering ST. Anatomie des krankhaften Baues von einigen der wichtigsten Teile im menschlichen Körper. Berlina: Vossische Buchhandlung; 1794.
3. Kassir R, Boueil-Bourlier A, Baccot S, Abboud K, Dubois J, Petcu CA, et al. Jejuno-ileal diverticulitis: etiopathogenicity, diagnosis and management. *Int J Surg Case Rep.* 2015;10:151–3.
4. Levack MM, Madariaga ML, Kaafarani HM. Non-operative successful management of a perforated small bowel diverticulum. *World J Gastroenterol.* 2014;20:18477–9.
5. Singal R, Gupta S, Airon A. Giant and multiple jejunal diverticula presenting as peritonitis a significant challenging disorder. *J Med Life.* 2012;5:308–10.

<sup>a</sup> Cirugía General, Hospital de Melilla, Melilla, España

<sup>b</sup> Cirugía General, Hospital Infanta Elena, Huelva, España

<sup>c</sup> Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital

Universitario del Sureste, Madrid, España

<sup>d</sup> Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [rociosantosr@hotmail.com](mailto:rociosantosr@hotmail.com)  
(R. Santos Rancaño).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.07.024>

0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Rocío Santos Rancaño<sup>a,\*</sup>, Mariela Delgado Morales<sup>b</sup>,  
Miguel Hernández García<sup>c</sup>, Carlos Cerdán Santacruz<sup>d</sup>,  
Emilio Buendía Pérez<sup>a</sup>  
y Ramón Alonso Guillén<sup>a</sup>