

Diverticulosis yeyunal masiva: causa infrecuente de malabsorción intestinal



Massive jejunal diverticulosis: Rare cause of intestinal malabsorption

La diverticulosis de intestino delgado es una entidad infrecuente y generalmente asintomática. Suele constituir un diagnóstico casual en los estudios de imagen o durante la cirugía, sin embargo, en ocasiones puede ser responsable de complicaciones como sangrado intestinal, diverticulitis, o de forma más rara aún malabsorción y desnutrición.

Varón de 84 años remitido a la consulta de digestivo por cuadro de diarrea de 18 meses de evolución, consistente en 6 deposiciones diarias blandas, sin productos patológicos, sin respeto del descanso nocturno. Asocia una pérdida ponderal de 12 kg en un año. En la exploración física estado caquéctico, abdomen anodino, edemas maleolares y pretibiales bilaterales con fovea. La analítica muestra una anemia leve normocítica (Hb 12 g/dl), hipoalbuminemia (albúmina 2,9 g/dl) y bajo nivel de colesterol; el estudio en heces con coprocultivos, parásitos y toxina *c. difficile* fueron negativos. Se realiza una colonoscopia con biopsias por tramos que resultó normal; una gastroscopia con biopsias duodenales para despistaje de celiaquía que tampoco mostró ningún hallazgo reseñable; y una tomografía axial computarizada (TAC) abdominal que insinuó la presencia de divertículos en intestino delgado. La realización de un tránsito intestinal confirmó la existencia de múltiples divertículos, de entre 8-16 mm, en yeyuno proximal e íleon distal (figs. 1 y 2). El estudio complementario de péptidos vasoactivos fue también normal. Con la sospecha de un síndrome de sobrecrecimiento bacteriano asociado a una diverticulosis intestinal masiva se inició tratamiento con metronidazol durante un mes, suplementos dietéticos y posteriormente

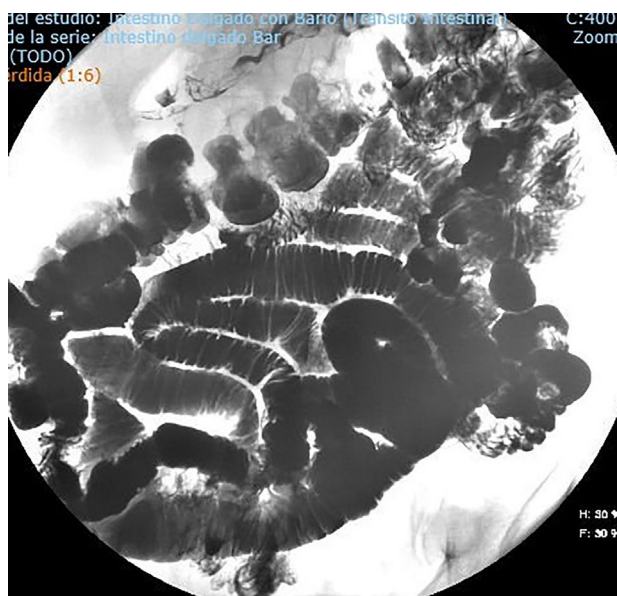


Figura 1 Tránsito intestinal. Divertículos en yeyuno, algunas de más de 1 cm, que se rellenan de contraste.



Figura 2 Tránsito intestinal. Se observa de forma muy llamativa la presencia masiva de formaciones diverticulares en yeyuno, algunas de más de 1 cm.

Fuente: Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Comarcal de Baza, Granada.

rifaximina, recuperando el paciente peso y desapareciendo la diarrea. Un año después se mantiene estable con ciclos de rifaximina.

La diverticulosis de colon es una condición común en pacientes ancianos, sin embargo, la diverticulosis masiva de intestino delgado es una rara entidad con una prevalencia de 0,5-2,3%, que aumenta con la edad, siendo máxima entre la sexta y la séptima década de la vida, y con un ligero predominio en varones¹.

El 80% de los divertículos de intestino delgado se desarrollan en el yeyuno, seguido del íleon (15%), y en ambos (5%)². Pueden ser congénitos o adquiridos. Los trastornos de la motilidad intestinal asociados a un incremento de la presión intraluminal se consideran el principal factor etiológico para su desarrollo. Generalmente, son múltiples, al contrario que el divertículo congénito de Meckel, y tienden a ser más grandes y numerosos en el yeyuno proximal, y más pequeños y menos caudalmente.

En la mayoría de los casos, los divertículos del intestino delgado se diagnostican de forma casual durante un estudio de imagen o una cirugía en pacientes asintomáticos. La enteroclisia o enteroscopia constituyen el *gold standard* para su detección. Cuando dan síntomas, estos son inespecíficos, manifestándose como dolor abdominal crónico, distensión o sensación de flatulencia o diarrea³. Lo que resulta más inusual es su asociación con complicaciones agudas más severas que incluyen la perforación intestinal, hemorragia, formación de enterolitos, diverticulitis, u obstrucción intestinal, y que ocurren en el 10-20% según las series^{3,4}. La malabsorción intestinal asociada al estasis bacteriano en los divertículos supone una asociación infrecuente, más aún en el extremo responsable de la malnutrición como en este caso, escasamente descrita en la literatura⁵.

Los divertículos asintomáticos diagnosticados de rutina en estudios con contraste o laparotomía no necesitan tratamiento. El abordaje de las complicaciones puede ser

realizado de forma conservadora o en algunos casos requerir la resección intestinal urgente, por ejemplo, en una hemorragia que no cede. En el caso del síndrome de malabsorción intestinal suelen ser útiles el uso de antibióticos, aunque en ocasiones, el desarrollo de resistencias puede hacer necesaria la resección del tramo intestinal afecto.

En resumen, aunque la diverticulosis yeyunal es infrecuente y generalmente asintomática, esta puede ser responsable de síntomas crónicos inespecíficos o complicaciones agudas. El síndrome de malabsorción intestinal asociado puede beneficiarse de un ensayo con antibióticos y probióticos, reservando la cirugía para los casos en los que no se obtiene respuesta.

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Bibliografía

1. Johnson KN, Fankhauser GT, Chapital AB, Merritt MV, Johnson DJ. Emergency management of complicated jejunal diverticulosis. *Am Surg*. 2014;80:600–3.
2. Patel VA, Jefferis H, Spiegelberg B, Iqbal Q, Prabhudesai A, Harris S. Jejunal diverticulosis is not always a silent spectator: A report of 4 cases and review of the literature. *World J Gastroenterol*. 2008;14:5916–9.
3. Curcio G, Ligresti D, Ricotta C, Gruttadauria S, Traina M. Massive bleeding from a jejunal diverticulum reached and treated

by underwater single-balloon enteroscopy. *Gastrointest Endosc*. 2016;84:1068–9.

4. Tan KK, Liu J, Ho C. Emergency surgery for jejunal diverticulosis: Our experience and review of literature. *ANZ J Surg*. 2011;81:358–61.
5. Voiosu AM, Patrascu T, Bobirca F, Voiosu TA. Massive diverticulosis of the small intestine. *Dig Liver Dis*. 2014;46:383.

A. Martín-Lagos Maldonado^{a,*}, J. Guilarte López-Mañas^a, E. Borrego García^b y M.D. Vinuesa Guerrero^c

^a Unidad de Digestivo, Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, Especialidades Médicas y Cuidados Paliativos, Hospital de Baza, AGS Nordeste de Granada, Baza, Granada, España

^b Centro de Salud Mirasierra, Granada, España

^c Centro de Salud de Baza, AGS Nordeste de Granada, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aliciamartin-lagos@hotmail.com (A. Martín-Lagos Maldonado).

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.09.006>
1138-3593/

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Macroaneurisma arterial retiniano e hipertensión: importancia del manejo multidisciplinar



Retinal arterial macroaneurysm and hypertension: Importance of the multidisciplinary approach

Presentamos el caso de una mujer de 75 años con antecedentes de hipertensión arterial mal controlada, dislipidemia, hipotiroidismo y ambliopía estrábica en el ojo derecho que acude a su centro de salud refiriendo disminución de la agudeza visual (AV) indolora en el ojo izquierdo (OI) al despertar por la mañana. En la evaluación inicial se constata una tensión arterial (TA) de 210/110 mm Hg, sin otros hallazgos relevantes en la exploración por sistemas. Tras la administración de captopril 50 mg vía oral y diazepam 5 mg sublingual descienden las cifras de TA a 165/96 mm Hg y se remite a oftalmología del hospital de referencia. En la evaluación oftalmológica destacó una AV de 0,1 en el ojo derecho y de 0,2 en el OI, catarata nuclear de grado simétrico en ambos ojos y en fundoscopia de OI, una hemorragia prerretiniana con aparente origen en la arcada temporal superior con afectación paramacular, planteándose sospecha de rotura del macroaneurisma arterial retiniano, lo que se confirma mediante angiografía fluoresceínica que muestra dilatación arterial prehemorrágica. Se inicia manejo multidisciplinar mediante el control de factores de riesgo

cardiovascular, con ajuste de tratamiento antihipertensivo por parte del médico de cabecera, y tomando en cuenta la AV también reducida en el ojo contralateral, intervenir oftalmológicamente. Esto consistió, en primera instancia, en la inyección intravítrea de SF₆, un gas expandible, para movilizar mecánicamente el sangrado desde el polo posterior retiniano a la periferia. Ante la respuesta poco favorable de esta medida se realiza la cirugía vítreo-retiniana, que incluyó vitrectomía vía pars plana, pelado de membrana limitante externa y, finalmente, limpieza de la hemorragia.

En la evaluación oftalmológica postoperatoria al mes la paciente evoluciona favorablemente, alcanzando una AV de 0,9, fundoscopia con reabsorción de hemorragia y angiografía por tomografía de coherencia óptica (angio-OCT) con signos de estabilidad de macroaneurisma y sin exudación (fig. 1). Durante esta fase la paciente continúa revisiones en su centro de salud, pese a lo cual se evidencia escasa adherencia al tratamiento antihipertensivo (enalapril 20 mg, hidroclorotiazida 12,5 mg y bisoprolol 5 mg).

Tres meses poscirugía acude a urgencias de oftalmología refiriendo nuevamente disminución de AV en el OI (0,2). La exploración ocular reveló, en esta ocasión, hemorragia en el vítreo por resangrado de macroaneurisma, presentando además una TA de 190/95 mm Hg. Se plantea el manejo expectante por parte de oftalmología, a la espera del control hipertensivo en atención primaria (se decide añadir a la medicación antihipertensiva previa, amlodipino 5 mg).