

indicada cuando ocasione molestias o problemas estéticos⁶. Son tumores de buen pronóstico, ya que la transformación maligna es excepcional, inferior al 0,001% en los schwannomas aislados. En la mayoría de los casos, el componente maligno exhibe una morfología epiteloide⁹. En la neurofibromatosis tipo 1 la tasa de malignización asciende al 18%¹⁰.

Bibliografía

- Gorgan M, Sandu AM, Bucur N, Neacsu A, Pruna V, Voina A, et al. Sciatic nerve schwannoma-case report. *Romanian Neurosurgery*. 2009;15:27–31.
- Verocay J. Zur kenntnis der Neurofibrome. *Beitr Pathol Anat Allg Pathol*. 1910;48:1–5.
- Masson AP. Experimental and spontaneous schwannomas (peripheral gliomas): Part I. *Am J Pathol*. 1932;8:367–70.
- Stout AP. The peripheral manifestations of the specific nerve sheath tumor (neurilemmoma). *Am J Cancer*. 1935;24:51–5.
- Ortiz-Muñoz B, Menéndez-López A, Yayá-Tur R, Arribas-Alpuente L, Maíquez Richart J, Bordes-Monmeneu M. Proteína S100 en tumores del sistema nervioso central. *Rev Neurol*. 2003;36:1011–5.
- Rodríguez Acar M, Alcalá Pérez D, González González M, Novales Santa Coloma J, Flores Castellanos M, de Alba Alcántara L, et al. Tumores cutáneos de origen neural. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2012;21:109–15.
- Enríquez Merino J, Villaseñor Camacho P, Ramos Garibay A. Neurilemoma: comunicación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2007;16:89–92.
- Requena Caballero L, Herrera Ceballos E, Moreno Carazo A, Rodríguez Peralto JL. *Dermopatología: Correlación clínico-patológica*. Badalona: Grupo Menarini. 2013.
- Barrera M, Spelta G, Moya J, Gavazza S, Barbarulo A, Fontana MI, et al. Schwannoma. A propósito de un caso. *Arch Argent Dermatol*. 2008;58:153–6.
- Traistaru R, Enachescu V, Manuc D, Gruia C, Ghilusi M. Multiple right schwannoma. *Rom J Morphol Embryol*. 2008;49:235–9.

Daniel González Plo*, Arturo García Pavía,
Carmen Lucero León Gámez,
Alberto Pueyo Rabanal
y Víctor Sánchez Turrión

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: danigonalezplo@gmail.com
(D. González Plo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.05.001>
0210-5705/

© 2016 Elsevier España, S.L.U., AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.

Diverticulosis yeyunal: una causa rara de obstrucción intestinal



Jejunal diverticulosis: A rare cause of intestinal obstruction

Los divertículos de yeyuno e íleon ocupan, junto con los de estómago, el último lugar en frecuencia de los divertículos digestivos, constituyendo, aproximadamente el 0,9-1% de toda la enfermedad diverticular. Se presentan, principalmente, en adultos mayores y, normalmente, no se sospecha entre los diagnósticos diferenciales del dolor abdominal, lo cual hace que se retarde el manejo adecuado.

Clínicamente suelen ser asintomáticos o bien presentan una sintomatología inespecífica. En ocasiones surgen complicaciones agudas, como perforación, hemorragia y obstrucción intestinal, que suelen precisar tratamiento quirúrgico urgente.

Presentamos el caso de un paciente varón de 86 años, con antecedentes personales de resección transuretral por carcinoma vesical en 2013 y colecistectomía, que consultó por presentar durante el último mes dolor abdominal de tipo cólico, localizado en vacío derecho, que en las últimas 24 h había empeorado y se acompañaba de vómitos. En la exploración física presentaba mal estado general, con taquicardia y tendencia a la hipotensión. El abdomen estaba distendido, doloroso a la palpación en vacío derecho, con defensa voluntaria y signos de irritación peritoneal.

En la radiografía de abdomen se podían observar asas de intestino delgado con algún nivel hidroaéreo (fig. 1A). La analítica presentaba leucocitosis con desviación izquierda. Dado el contexto clínico del paciente (edad avanzada y deterioro del estado general) se solicitó una tomografía computarizada abdominal urgente para completar el diagnóstico, ante la posible necesidad de intervención quirúrgica, que informó de distensión de asas de intestino delgado, sin poder identificar la causa obstructiva (fig. 1B).

Con el diagnóstico de obstrucción intestinal fue intervenido hallando un vólvulo de intestino delgado secundario a una brida, que afectaba a un segmento de yeyuno con múltiples divertículos de gran tamaño y signos de isquemia (fig. 2). Se realizó resección del segmento afecto y anastomosis. No presentaba divertículos en otras localizaciones.

Durante el postoperatorio desarrolló un edema agudo de pulmón, siendo exitus al 3.º día del postoperatorio.

La enfermedad diverticular del yeyuno e íleon, si excluimos el divertículo de Meckel, es una enfermedad infrecuente y habitualmente asintomática. Puede presentarse tanto de forma crónica como aguda, lo cual hace difícil el adecuado diagnóstico. Además, por su desconocimiento, rara vez es considerada como parte del diagnóstico diferencial de enfermedades digestivas. Las primeras descripciones de la diverticulosis yeyunal fueron hechas por Sommervit en 1794, Voigtel en 1804 y Sir Astley Cooper en 1807¹. Desde esa fecha se han publicado varios artículos describiendo complicaciones clínicas de esta enfermedad.

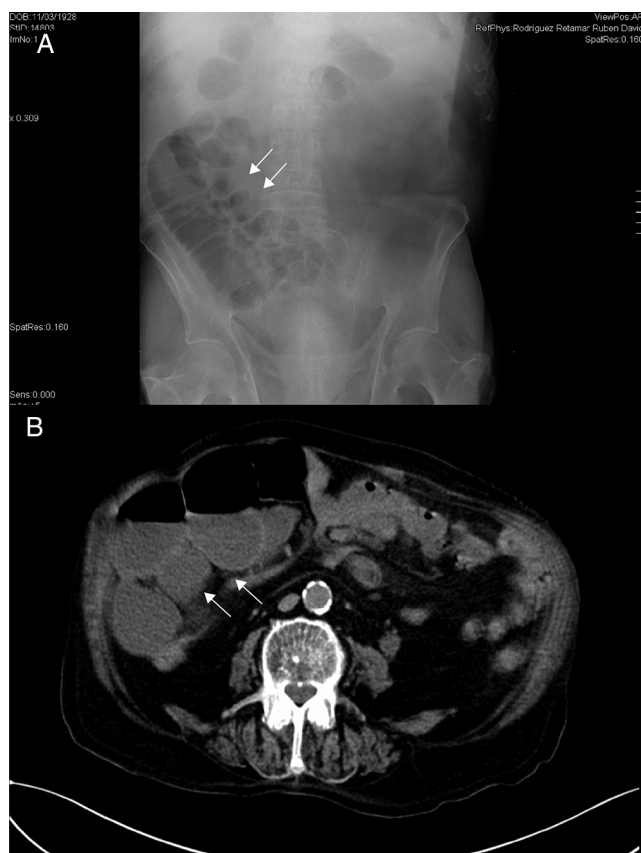


Figura 1 A) Radiografía de abdomen con asas de intestino delgado dilatadas y niveles hidroaéreos. B) Tomografía axial computarizada de abdomen, sin contraste. Distensión de asas de intestino delgado. En ambas imágenes, una vez conocido el diagnóstico, pueden intuirse los divertículos (flechas).



Figura 2 Intervención quirúrgica. Segmento de yeyuno con múltiples divertículos en el borde mesentérico y signos de isquemia secundario a brida (flecha).

Los divertículos yeyuno-ileales son pseudodivertículos adquiridos (paredes finas, sin capa muscular) que se observan en aproximadamente el 0,5-2,3% de los estudios radiológicos de intestino delgado realizados por múltiples motivos, y en el 0,06-4,5% de las series de autopsias². Se

presenta en pacientes entre la sexta/séptima décadas de la vida, aunque existen casos descritos en pacientes de 20 años de edad³. No existe una clara preponderancia de sexo, aunque algunos estudios demuestran una mayor prevalencia en varones². En la mayoría de los casos los divertículos son múltiples y proximales (80% yeyunales, 15% del íleon y 5% mixtos).

Al igual que los divertículos de colon, su patogenia parece ser multifactorial. Las fuerzas de pulsión intraluminal, generadas por el contenido intestinal y las contracciones musculares peristálticas de la pared, distienden sitios de debilidad de la pared intestinal donde los vasos sanguíneos penetran para irrigar la mucosa del intestino, produciendo la herniación final de la mucosa y submucosa en ausencia de la capa muscular. Por ello se observan solo en el lado mesentérico del intestino. Puede aparecer asociados a diverticulosis de otros sitios del tubo digestivo como esófago (2,3%), duodeno (30%) y colon (61%)²⁻⁴. Alrededor del 50% de los pacientes con diverticulosis yeyuno-ileal tienen divertículos colónicos simultáneamente.

La mayoría de los casos son asintomáticos. Las formas sintomáticas (10-19%) pueden ser agudas o crónicas. Los pacientes con síntomas crónicos constituyen hasta el 60% y presentan síntomas inespecíficos, relacionados con alteraciones de la motilidad intestinal, así como cuadros de malabsorción intestinal. Entre un 10-20% de los casos pueden surgir complicaciones agudas tales como diverticulitis, perforación, obstrucción, vólvulo, intususcepción, malabsorción y hemorragia digestiva⁴.

La obstrucción intestinal secundaria a diverticulosis yeyunal se presenta entre el 2,3-4,6% de los casos⁵, y en la mayoría de las ocasiones precisa tratamiento quirúrgico. Puede ser secundaria a las adherencias derivadas de procesos inflamatorios previos, vólvulos, invaginación o la compresión extrínseca por un asa que tiene divertículos de gran tamaño; otra causa frecuente es la presencia de enterolitos^{1,3,6}.

La diverticulosis yeyunal es un trastorno difícil de diagnosticar ya que carece de pruebas diagnósticas verdaderamente confiables. En la mayoría de los casos, es un hallazgo incidental en técnicas de imagen o en autopsias. En la radiografía simple de abdomen podemos encontrar distensión de un asa yeyunal, con niveles hidroaéreos en su interior⁶. La tomografía axial computarizada permite identificar los divertículos, así como la presencia de complicaciones asociadas como aire, líquido libre en la cavidad, masas inflamatorias o abscesos en la grasa mesentérica^{1,7}.

En la actualidad, contamos con diferentes recursos tecnológicos que permiten tener un diagnóstico más certero, como la tomografía por enteroclis y la endoscopia (cápsula y doble balón), aunque su utilidad en situaciones de urgencia es limitada.

El tratamiento se debe enfocar según el tipo de síntomas o complicaciones que presente el paciente. Generalmente las complicaciones agudas de los divertículos yeyuno-ileales son intervenidos quirúrgicamente con el diagnóstico de abdomen agudo. La técnica recomendada es la resección del segmento afecto. La extensión de la resección dependerá de la longitud del intestino afectado y de las condiciones perioperatorias del paciente⁸. Existen series en las que se describe una morbilidad de un 4% y hasta un 30% de mortalidad⁹. Esta cifra tan elevada se achaca al retardo en el

diagnóstico y tratamiento correcto. En los casos de diverticulitis no perforadas el tratamiento antibiótico junto con el reposo digestivo es de gran utilidad. Cuando existen abscesos intraabdominales el drenaje percutáneo obtiene buenos resultados^{1,10,11}.

En las formas crónicas, que se manifiestan como dolor crónico o alteraciones de la motilidad pueden ser útiles los analgésicos y reguladores de la motilidad intestinal¹⁰. Algunos autores son partidarios de las resecciones profilácticas debido a la gravedad de algunas complicaciones, como la perforación, si bien otros autores afirman que no ha demostrado mayores beneficios¹², además de que en la mayoría de los casos se trata de pacientes de edad avanzada con múltiples enfermedades asociadas.

En conclusión, los divertículos de yeyuno constituyen una enfermedad rara, con múltiples manifestaciones clínicas que, por su baja incidencia y el poco conocimiento, se diagnostica de forma errónea, lo que retarda el manejo adecuado y aumenta la mortalidad debida a las complicaciones tardíamente identificadas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Woods K, Williams E, Melvin W, Sharp K. Acquired jejunoileal diverticulosis and its complications: A review of the literature. *Am Surg.* 2008;74:849-50.
2. Patel V, 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. Kassahun W, Fangmann J, Harms J, Bartels M, Hauss J. Complicated small-bowel diverticulosis: A case report and review of the literature. *World J Gastroenterol.* 2007;13:2240-2.
4. Koger KE, Shatney CH, Dirbas FM, McClenathan JH. Perforated jejunal diverticula. *Am Surg.* 1996;62:26-9.

5. Pedraza NF, Roa A. Diverticulosis of the jejunum: Complications and management. Case presentation and literature review. *Rev Colomb Cir.* 2010;25:48-55.
6. Balducci G, Dente M, Cosenza G, Mercantini P, Salvi P. Multiple giant diverticula of the foregut causing upper gastrointestinal obstruction. *World J Gastroenterol.* 2008;14:3259-61.
7. Staszewicz W, Christodoulou M, Proietti S, Demartines N. Acute ulcerative jejunal diverticulitis: Case report of an uncommon entity. *World J Gastroenterol.* 2008;14:6265-7.
8. Motos-Mico J, Velasco-Albendea FJ, Ferrer-Marquez M, Ferrer-Ayza M, Rosado-Cobian R. Abdomen agudo secundario a diverticulitis yeyunal perforada. *Gastroenterol Hepatol.* 2014;37:467-8.
9. Sánchez-Pérez MA, Muñoz-Juárez M, Moreno-Paquentín E, Luque-de León E, Torreblanca-Marín MA. Diverticulitis yeyunal y abdomen agudo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2009;47:553-6.
10. García LJ, Otero J, Santamarina L, Pérez A. Diverticulitis yeyunal. Una causa poco frecuente de abdomen agudo. *Cir Esp.* 2005;77:357-8.
11. Ker-Kan T, Jody Zhiyang L, Choon-Kiat H. Emergency surgery for jejunal diverticulosis: Our experience and review of literature. *ANZ J Surg.* 2011;81:358-61.
12. Liu CY, Chang WH, Lin SC, Chu CH, Wang TE, Shih SC. Analysis of clinical manifestations of symptomatic acquired jejunoileal diverticular disease. *World J Gastroenterol.* 2005;11:5557-60.

Elena Romera-Barba*, Silvia Gálvez Pastor, Maria Inmaculada Navarro García, Nuria María Torregrosa Pérez, Ainhoa Sánchez Pérez y José Luis Vazquez-Rojas

Servicio de Cirugía General, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: percentila@hotmail.com (E. Romera-Barba).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.04.016>
0210-5705/

© 2016 Elsevier España, S.L.U., AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.

Gastroenteritis eosinofílica en una paciente adolescente: un diagnóstico poco común



Eosinophilic gastroenteritis in a teenager: A rare diagnosis

Los trastornos gastrointestinales eosinofílicos primarios comprenden un grupo de entidades clínicas poco frecuentes (exceptuando la esofagitis eosinofílica), con un espectro clínico amplio. Creemos de interés el caso, por los escasos casos publicados a la edad de la paciente, y la gravedad del cuadro en su comienzo.

Paciente de sexo femenino de 15 años que ingresó por cuadro de vómitos y dolor abdominal de 3 meses de evolución, empeorando en las últimas 48 h, acompañándose de tetania de las 4 extremidades y dolor retroesternal.

Entre sus antecedentes personales destacaban síntomas digestivos catalogados como posible trastorno alimentario con epigastralgia, que motivó distintas consultas. No ingesta de tóxicos, fármacos ni conductas purgativas. Diagnosticada de infección por *Helicobacter pylori* con test del aliento y tratada con triple terapia. No alergias ni enfermedades familiares de interés.

A su ingreso, destacaba el regular estado general, vómitos incoercibles, tetania y dolor abdominal, la analítica de inicio mostró hiperglicemia sin cetonemia, leucocitosis discreta con fórmula normal, PCR 0,6 mg/dl y VSG 26 mm, analítica de deshidratación (urea 55 mg/dl y creatinina de 1,5 mg/dl) y una alcalosis inicialmente respiratoria y, posteriormente, metabólica. Se procedió a corrección hidroelectrolítica, administración de ondansetrón, omeprazol y diazepam. A las pocas horas empeoramiento clínico-analítico con alcalosis metabólica severa (pH máximo de 7,73; CO₃H 38,4 mmol/l y EB 17,6) hipopotasemia e hipocloremia