

Imagen del mes

Abdomen agudo y anemia

Raúl Araya J.¹

Image of the month

Acute abdominal pain and anemia

Servicio de Gastroenterología y Endoscopia, Hospital Militar, Santiago, Chile.

Recibido: 19 de julio de 2015
Aceptado: 19 de agosto de 2015

Correspondencia a:

Raúl Araya J.
Avda. Alcalde Fernando Castillo Velasco 9100
Teléfono: [+56 2] 223316872
rarayajfre@gmail.com

Paciente hombre de 74 años, hipertenso en tratamiento con nifedipino 20 mg/día, colecistectomizado, alérgico a piroxicam, que 15 días antes de su ingreso presenta dolor cólico abdominal, difuso, asociado a vómitos, deposiciones líquidas, no relacionado con ingesta ni medicamentos, sin sangrado digestivo. Al examen se observa en buen estado general, signos vitales estables, afebril, dolor a la palpación a nivel periumbilical con signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos disminuidos, sin visceromegalias ni masas palpables. Los exámenes muestran hematocrito 20%, hemoglobina 5,8 g/dL, 13.000 leucocitos/mm³, con 86% de polimorfonucleares (PMN).

Al ingreso la proteína C reactiva (PCR) fue de 273 mg/dL (más de 20 veces el valor normal). La tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis de ingreso mostró pequeña colección hidroaerea, secundaria a perforación localizada a 5 cm del ángulo de Treitz,

con cambios inflamatorios del tejido adiposo, donde se observan burbujas de gas, que sugieren perforación contenida, con ascitis leve periesplénica y pélvica, además de divertículos en colon (Figura 1a y 1b). Se trata con antibióticos (ceftriaxona y metronidazol), con buena evolución al 5° día (PCR 46 mg/dL, 5.000 leucocitos/mm³), ingesta oral al 9° día, tránsito normal y sin dolor abdominal, con regresión de las imágenes al TC. Es dado de alta al 11° día. Se rehospitaliza dos meses después, por síntomas similares y reaparición de imágenes ya descritas al TC. Se efectúa endoscopia alta (hernia hiatal axial), ileocolonoscopia (divertículos con íleon distal normal). Dada su historia de anemia y dolor abdominal recurrente se efectúa enteroclis que informa regresión completa de la colección con dos pequeños focos de carácter inflamatorio residual, sin gas, sin linfonodos. Se completa estudio con cápsula endoscópica de intestino delgado (Figura 2).



Figura 1.



Figura 2. Imagen de videocápsula de intestino delgado.

¿Cuál sería su diagnóstico?

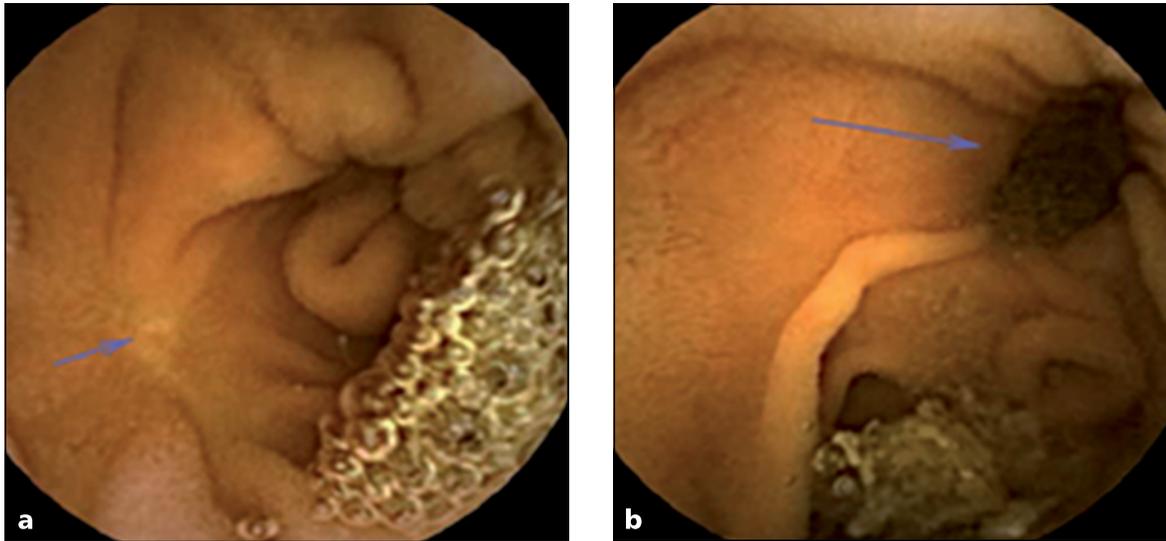


Figura 3. a) Cicatriz; **b)** Divertículo.

La videocápsula, muestra múltiples lesiones diverticulares en yeyuno proximal, observándose dos de ellas con aspecto cicatricial (Figura 3a y 3b).

Discusión

La diverticulosis de intestino delgado (DID), es infrecuente y generalmente asintomática, se estima que la prevalencia en la población general es aproximadamente de 1-2%, variando de 0,02-0,42% en estudios de imágenes al 0,3-4,0% en necropsias¹. La DID yeyunal corresponde a pseudodivertículos (mucosa, submucosa, sin capa muscular), fueron descritos por primera vez por Somerling en 1794 y por Sir Astley Cooper en 1807 y se ubican en el lado mesentérico. Son más comunes en hombres de edad avanzada. La localización más frecuentemente afectada es el yeyuno proximal (75%), seguido por el yeyuno distal (20%) y el íleon (5%)². Pueden estar presentes de forma simultánea en colon (30-75%), duodeno (15-42%), esófago (2%), estómago (2%) y vejiga urinaria (12%). Se describen en la DID, complicaciones, tales como la diverticulitis, hemorragia, obstrucción intususcepción, malabsorción, anemia, sobrecrecimiento bacteriano (SBI). Deben diferenciarse el divertículo de Meckel, que es único, de tamaño variable (promedio 5 cm), ubicado en íleon distal a 60 cm de la válvula ileocecal y se proyecta

desde el borde antimesentérico y que corresponde a vestigio embrionario del conducto onfalomesentérico³. Clínicamente cuando son sintomáticos se manifiestan por dolor abdominal crónico o agudo, localizado en epigastrio o periumbilical. La diverticulitis corresponde al 2-6% de la DID, con tasa de mortalidad de 24%. Se han descrito asociaciones con otras enfermedades como la esclerosis sistémica, neuropatía visceral o miopatías. En su estudio, los exámenes radiológicos (TC abdomen o enteroclisia) pueden mostrar neumoperitoneo, íleo, obstrucción, engrosamiento de pared, reacción mesentérica, aire, abscesos, ayudando a descartar otras causas como neoplasias, enfermedad de Crohn, úlceras y hematomas por trauma. Se puede complementar con otros estudios como la esteroscopia por balones en ausencia de diverticulitis o la videocápsula de ID, como en este caso⁴.

El tratamiento de elección para la DID complicada con peritonitis generalizada es la cirugía con laparotomía urgente, resección intestinal segmentaria y anastomosis término terminal primaria; ésta debe ser sólo del segmento comprometido para evitar el intestino corto. Todo esto apoyado con terapia antibiótica de amplio espectro. En resumen, la DID yeyunoileal y sus complicaciones asociadas son raras. Su diagnóstico preoperatorio es difícil, pero debe plantearse en casos de dolor abdominal agudo o crónico, anemia con signos peritoneales.

Referencias

- 1.- De Minicis S, Antonini F, Belfiori V, Lo Cascio M, Marraccini B, Piergallini S, et al. Small bowel diverticulitis with severe anemia and abdominal pain. *World J Clin Cases* 2015; 3: 462-5.
- 2.- 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.
- 3.- Motos J, Velasco FJ, Ferrer M, Ferrer M, Rosado R. Abdomen agudo secundario diverticulitis yeyunal perforada. *Gastroenterol Hepatol* 2014; 37: 467-8.
- 4.- Zapata R, Rojas C, Gaete F. Diverticulosis yeyunal: causa infrecuente de hemorragia digestiva. Caso clínico. *Rev Med Chile* 2000; 128: 1133-8.