

Diverticulitis aguda yeyunal. Serie de casos

Acute jejunal diverticulitis. A case series

Tomás Silva Arenas^{1,4}, Mario G. Santamarina², Gonzalo Araneda Muñoz¹, J. Vega Stieb^{3,4}

¹Servicio de Gastroenterología, Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar. Chile.

²Servicio de Radiología e Imagenología, Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar, Chile.

³Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina Universidad de Valparaíso, Chile.

⁴Servicio de Medicina, Hospital Naval Almirante Nef, Viña del mar, Chile.

Abstract

Diverticula at the jejuno-ileum are rare. They correspond mostly to pseudo diverticula and usually go unnoticed. Among symptomatic patients the clinical presentation is heterogeneous. We present 3 cases of its most frequent complication: acute jejunal diverticulitis.

Key words: Acute jejunal diverticulitis; jejunoileal diverticulosis.

Resumen

La presencia de divertículos a nivel de yeyuno-íleon es infrecuente. Ellos corresponden mayormente a pseudo divertículos y suelen pasar desapercibidos. Entre los casos sintomáticos, la presentación clínica es heterogénea. Presentamos 3 casos de diverticulitis aguda yeyunal que es la complicación más frecuente.

Palabras clave: diverticulitis aguda yeyunal; divertículos de yeyuno-íleon.

Introducción

La enfermedad diverticular del colon es una patología muy frecuente, sin embargo, la presencia de divertículos a nivel de yeyuno-íleon es rara¹. Su prevalencia en adultos es de 0,06 a 1,3%². Se presenta mayormente en hombres y su diagnóstico suele hacerse en la sexta y séptima década de la vida¹. Exceptuando al divertículo de Meckel, estos divertículos son adquiridos² y corresponden a pseudo divertículos o divertículos por pulsión¹. Su aparición puede estar influenciada por fenómenos de disquinesia intestinal, peristalsis anormal o aumento de la presión intraluminal². La mayoría de los pacientes son asintomáticos por lo que su presencia pasa desapercibida³. La presentación clínica es sumamente heterogénea, desde abdomen agudo hasta formas crónicas⁴

que pueden remedar a un síndrome de intestino irritable⁵. Presentamos una serie de 3 casos de diverticulitis aguda yeyunal y hacemos un comentario basado en la literatura disponible sobre su diagnóstico y manejo.

Caso Clínico

Caso 1

Hombre de 70 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedad por reflujo gastroesofágico e hiperplasia prostática benigna. Consultó en la Unidad de Emergencias en mayo 2023 por dolor abdominal opresivo, localizado hemiabdomen inferior de 24 horas de evolución. La presión arterial fue 120/61 mmHg, FC 80 lpm y la satura-

Conflictos de interés: Los autores de este estudio no tienen conflictos de interés.

Recibido: 11 de enero de 2024; Aceptado: 30 de enero de 2024

Copyright © 2024 Sociedad Chilena de Gastroenterología
<https://doi.org/10.46613/gastrolat2024001-03>

Correspondencia a:
 Tomás Silva Arenas
 tsilvaarenas@gmail.com

ción de oxígeno de 98% con aire ambiental. El abdomen era blando, depresible, sensible y no había signos de irritación peritoneal. La proteína C reactiva fue 133 mg/L (valor normal: < 10) y el recuento de glóbulos blancos (RGB) 13000 x mm³ con 74% de segmentados. La tomografía computada de abdomen y pelvis mostró la presencia de un divertículo yeyunal con aumento de la densidad del tejido graso adyacente (**Figura 1**), concluyéndose una diverticulitis aguda yeyunal. Se prescribió régimen cero, ceftriaxona y metronidazol, observando desaparición paulatina del dolor y normalización de parámetros inflamatorios. El paciente fue dado de alta al sexto día de tratamiento. En un control ambulatorio dos semanas después del alta el paciente estaba asintomático.

Caso 2

Mujer de 88 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedad diverticular de colon operada (sigmoidectomía) y enfermedad por reflujo gastroesofágico. Consultó en la Unidad de Emergencias en diciembre 2019 por dolor abdominal cólico en hipogastrio y flanco derecho de 8 días de evolución-asociado a sensación febril y calofríos. La presión arterial fue 152/82 mmHg, FC 86 lpm, saturación de 94% con aire ambiental. El abdomen era blando, depresible y doloroso a la palpación a nivel de flanco derecho, sin signos de irritación peritoneal. La proteína C reactiva fue 81 mg/L, RGB 8000 x mm³ con 71% segmentados. La tomografía computada de abdomen y pelvis informó presencia de asa de intestino delgado a nivel del hemiabdomen derecho con aumento de la densidad de la grasa adyacente, pequeños linfonodos, y una imagen aérea en el espesor de la pared. (**Figura 2**). Se operó al día siguiente encontrando divertículos yeyunales y un absceso a nivel del

meso. Se resecó un segmento de 50 cm y se efectuó anastomosis primaria. La evolución post operatoria fue satisfactoria y fue dada de alta 6 días después de la intervención. Acudió a control ambulatorio dos meses después y estaba asintomática.

Caso 3

Hombre de 79 años con antecedentes de artritis reumatoidea que consultó en la Unidad de Emergencias en diciembre 2022 por síntomas respiratorios altos y fiebre de 5 días de evolución. Posteriormente apareció dolor abdominal, fatiga, mialgias y diarrea. Se encontraba bajo tratamiento antibiótico oral con amoxicilina y ácido clavulánico. La presión arterial fue 126/82 mmHg, FC 101 lpm, saturación de oxígeno 95% con aire ambiental. Había dolor a la palpación del flanco y fosa iliaca izquierdos sin signos de irritación peritoneal. La proteína C reactiva fue 328 mg/L, RGB de 22.300 x mm³ con 85% de segmentados y plaquetas 442.000 x mm³. La tomografía computada de abdomen y pelvis mostró la presencia de 3 colecciones hidroaéreas, la mayor de 3,4 x 3,2 cm en relación con la pared del intestino delgado del flanco izquierdo, asociado a leve distensión (**Figura 3A**). Se indicó reposo digestivo y tratamiento antibiótico con ceftriaxona y metronidazol EV. Evolucionó favorablemente y se realizó realimentación progresiva. Al sexto día, se efectuó una segunda tomografía computada de abdomen y pelvis que mostró imágenes de aspecto diverticular en la segunda porción del duodeno y yeyuno con paredes ligeramente engrosadas y aumento de la atenuación de la grasa vecina (**Figura 3B**). Se apreció disminución del compromiso inflamatorio respecto del primer estudio. Fue dado de alta prescribiéndose antibióticos orales por una semana. Dos semanas después, en un control ambulatorio estaba asintomático.

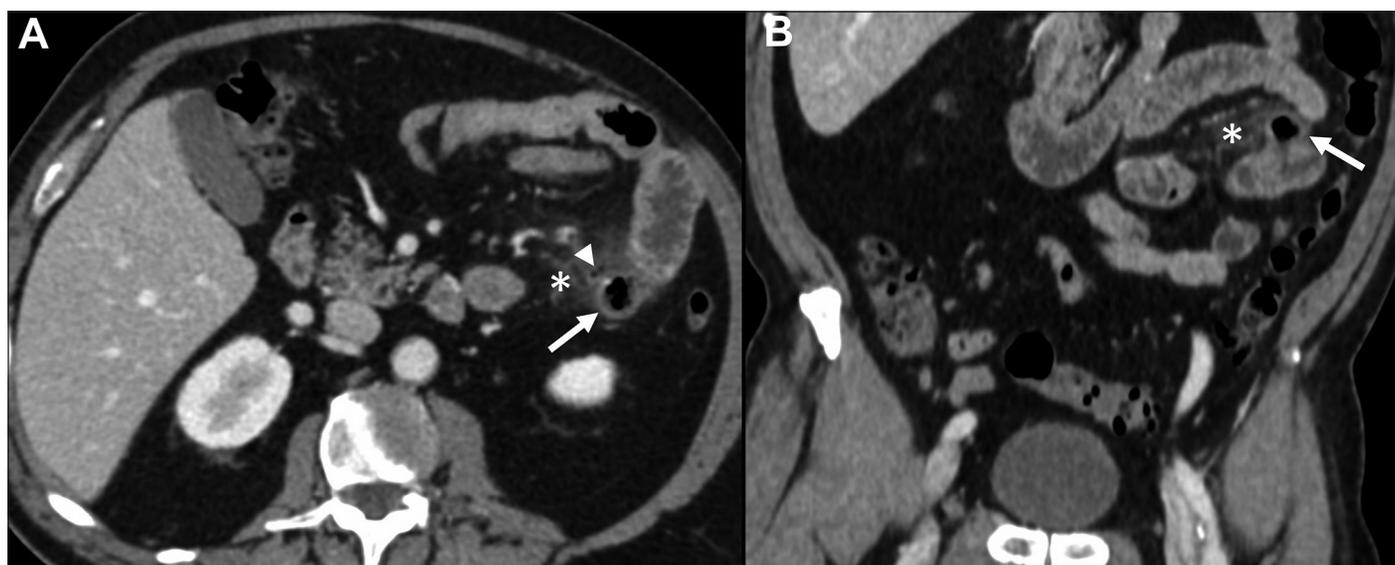


Figura 1. Imágenes axial (A) y coronal (B) de TC de abdomen con contraste EV. Se evidencia imagen de aspecto diverticular (flechas blancas) con paredes engrosadas en relación al tercio proximal del yeyuno (en relación a cambios inflamatorios), evidenciando aumento de la atenuación de la grasa vecina a (*) y aisladas imágenes aéreas asociadas a nivel extra luminal (cabeza del flecha) a la pared del divertículo.

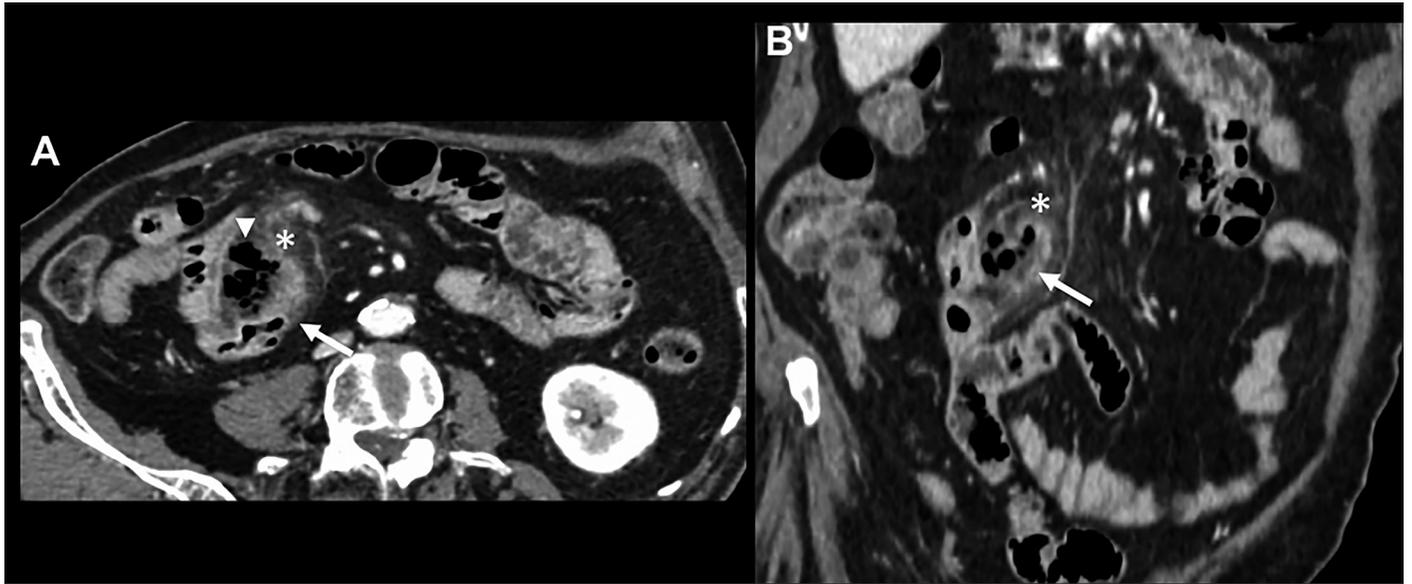


Figura 2. Imágenes axial (a) y coronal (B) de TC de abdomen con contraste EV. Se evidencia imagen de aspecto diverticular (flechas blancas) con paredes engrosadas en relación al tercio distal del yeyuno (en relación a cambios inflamatorios), evidenciando aumento de la atenuación de la grasa vecina (*) y múltiples imágenes aéreas asociadas a nivel extra luminal (cabeza del flecha) a la pared del divertículo.

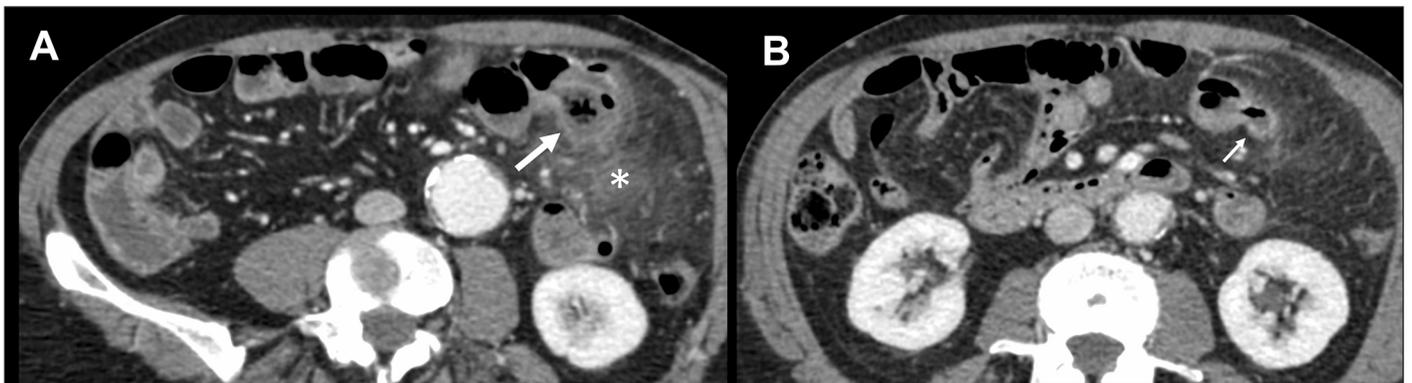


Figura 3. Imagen axial (A) de TC de abdomen con contraste endovenoso donde se evidencia voluminosa imagen de aspecto diverticular en tercio proximal del yeyuno con paredes engrosadas (flecha grande) y aumento de la atenuación de la grasa vecina (*), en probable relación con cambios inflamatorios de aspecto agudo en relación a diverticulitis yeyunal. 6 días después, imagen axial de TC de abdomen con contraste endovenoso (B), donde se evidencia menores cambios de aspecto inflamatorio en la pared de la imagen diverticular y de la grasa vecina, en relación a evolución favorable.

Discusión

Los divertículos del intestino delgado pueden presentarse de forma aislada o múltiple. Tienden a ser más grandes y numerosos en el yeyuno proximal⁶. Algunos autores recomiendan sospecharlos en casos con clínica sugerente de diverticulitis aguda de colon en que la imagen radiológica no es confirmatoria⁷. De los pacientes con síntomas hasta un 10% desarrolla alguna complicación², como diverticulitis aguda, anemia crónica, hemorragia digestiva y obstrucción intestinal^{1,8}. Esta última puede originarse a través de diferentes mecanismos como vólvulo, enterolito, impactación o adherencias.

La diverticulitis aguda es la más frecuente de todas¹ y si bien la mayoría de los casos evoluciona bien, puede tener una mortalidad de hasta 25% en caso de complicaciones⁹. El diagnóstico se realiza principalmente con imágenes en vista de lo inespecífico de la clínica¹, con especial rol de la tomografía computada¹⁰ que permite apreciar la presencia de un divertículo con paredes engrosadas y cambios inflamatorios en relación con edema en grasa vecina¹. Otros hallazgos sugerentes corresponden a una lesión de aspecto de masa con burbujas de aire o nivel líquido-aéreo extra lumbales adyacentes a un asa dilatada, o, la presencia de divertículos no complicados en otra zona de intestino delgado¹¹. Este fue el método diagnóstico empleado en los 3 casos presentados.

Respecto al tratamiento no existen consensos^{1,8}, pero la práctica habitual es un manejo médico basado en antibióticos parenterales y reposo digestivo para los pacientes estables y que mantienen evolución favorable, reservando la cirugía para pacientes que presentan peritonitis u otra complicación, con incapacidad o falla de drenajes percutáneos^{1,7}. En caso de cirugía, se prefiere la resección segmentaria³ con anastomosis primaria² por sobre la diverticulectomía³. Otros autores sugieren un enfoque más agresivo planificando para los casos no complicados una cirugía electiva posterior en vista de las potenciales complicaciones¹², como ya ha sido reportado en un caso clínico similar¹ a nuestro paciente del caso 1.

Conclusión

La existencia de divertículos en el intestino delgado es infrecuente y sus complicaciones pueden manifestarse clínicamente como un abdomen agudo. La tomografía computada es el método radiológico de elección para su diagnóstico. La diverticulitis aguda es la presentación más frecuente de estas potenciales complicaciones y se trata con antibióticos y reposo digestivo. En algunos casos más graves puede ser necesaria la resección quirúrgica del segmento intestinal afectado. Comunicamos estos casos para motivar el incluir a esta patología en el diagnóstico diferencial de un abdomen agudo.

Referencias

- Zafouri EB, Ismail IB, Sghaier M, Rebi S, Zoghalmi A. Jejunal diverticulitis: A new case report and a review of the literature. *International Journal of Surgery Case Reports* 2022;97:107395.
- Gurala D, Idiculla PS, Patibandla P, Philipose J, Krzyzak M, Mukherjee I. Perforated Jejunal Diverticulitis. *Case reports in gastroenterology* 2019;13(3):521-5.
- Ghandour R, Khalifeh G, Orm NB, Rakka M, Dbouk S, El Sahili R, et al. Jejunal diverticular disease: a report of three cases. *Journal of Surgical Case Reports* 2020;(11):rjaa472.
- Pedraza NF, Roa A. Diverticulosis del yeyuno: complicaciones y manejo: reporte de caso y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Cirugía* 2010;25(1):48-55.
- 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 journal of gastroenterology: WJG* 2008;14(38):5916.
- Transue DL, Hanna TN, Shekhani H, Rohatgi S, Khosa F, Johnson JO. Small bowel diverticulitis: an imaging review of an uncommon entity. *Emergency radiology* 2017;24(2):195-205.
- Giuffrida M, Perrone G, Di Saverio S, Annicchiarico A, Pattonieri V, Bonati E, et al. Jejunal diverticulitis: things to know to prevent diagnostic mistake. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis* 2021;92(Suppl 1).
- Prough H, Jaffe S, Jones B. Jejunal diverticulitis. *Journal of Surgical Case Reports* 2019;(1):rjz005.
- Aiyegbeni B, Jonnalagadda S, Creedon L, Teibe A. Rare Cause of Left Upper Abdominal Pain. *Prague Medical Report* 2011;122(2):106-11.
- Matli VVK, Chandrasekar VT, Campbell JL, Karanam C, Jaganmohan S, Campbell J. Jejunal diverticulitis: a rare diverticular disease of the bowel. *Cureus* 2022;14(1).
- Graña L, Pedraja I, Mendez R, Rodríguez R. Jejuno-ileal diverticulitis with localized perforation: CT and US findings. *European journal of radiology* 2009;71(2):318-23.
- Kassahun WT, Fangmann J, Harms J, Bartels M, Hauss J. Complicated small-bowel diverticulosis: a case report and review of the literature. *World journal of gastroenterology: WJG* 2007;13(15):2240.