

Divertículo duodenal: una entidad a considerar. Reporte de un caso

Duodenal diverticulum: an entity to consider. A case report

Dr. Alberto Gómez Veliz; Dra. Aida Pérez Más; Dr. Luis Laureano Soler Porro

Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

El duodeno constituye la segunda localización más frecuente de los divertículos en el tubo digestivo, sólo un grupo muy limitado de pacientes refieren síntomas, el tratamiento quirúrgico se realiza en el 1 % de los pacientes. Se presenta un paciente masculino, de 59 años de edad, con dolor abdominal y sangramiento digestivo alto en repetidas ocasiones. El estudio documentó la presencia del divertículo duodenal, se intervino quirúrgicamente y se le realizó diverticulectomía simple. Tuvo evolución postoperatoria favorable y en la actualidad se mantiene asintomático. Se relacionaron los elementos fisiopatológicos, estrategia para el diagnóstico y las variantes quirúrgicas, de acuerdo con la literatura internacional.

DeCS: ANCIANO; DIVERTÍCULO/ cirugía; DOLOR ABDOMINAL; DUODENO.

ABSTRACT

The duodenum constitute the second localization most frequent of the diverticula in the digestive tube, only one group of patients very limited refer symptoms and the surgical treatment is carry out in 1 % of the cases. A 59 years-old, male patient with abdominal pain and a high digestive bleeding in repetition, is presented. The study corroborated the presence of duodenal diverticulum; a surgical operation and a simple diverticulectomy were performed. The patient had a favourable postoperative evolution and at present remains asymptomatic. Psychopathologic elements, diagnosis strategy and surgical variants, were related, according to the international literature.

DeCS: AGED; DIVERTICULUM/ surgery; ABDOMINAL PAIN; DUODENUM.

INTRODUCCIÓN

La formación diverticular del tubo digestivo es una enfermedad frecuente, el duodeno representa el segundo sitio más común de desarrollo de divertículos, después del colon. ¹ Los divertículos duodenales, suelen ser verdaderos al presentar en su composición parietal, todas las capas del intestino, estos son casi siempre congénitos, menos frecuentes que los adquiridos o falsos, simples herniaciones de la mucosa y submucosa a través de la capa muscular, localizados, preferiblemente, en el borde mesentérico duodenal. ² No obstante por su alta incidencia en la población adulta, un grupo muy limitado de pacientes, presentan esta sintomatología; lo que constituye un verdadero reto diagnóstico y terapéutico, para las ciencias clínicas y quirúrgicas actuales por su presentación inespecífica y controvertido rol patogénico.

REPORTE DEL CASO

Paciente masculino de 59 años de edad, sedentario, sin hábitos tóxicos, que se alimenta normalmente y con antecedentes de hipertensión arterial de diez años de evolución, para lo cual lleva tratamiento con clortalidona y verapamilo, se operó hace dos años por presentar hipertrofia prostática benigna (adenomectomía), no refirió antecedentes familiares de interés. Durante el interrogatorio, el paciente informó que

desde hace varios años presenta dolor ligero, el cual se manifiesta como molestias localizadas en el epigastrio y el hipocondrio derecho, principalmente se mostraron en el período postprandial precoz sin que remita la sintomatología con tratamiento antidispéptico aplicado. Además, en los últimos cinco años, presentó manifestaciones de sangramiento digestivo alto, en más de seis ocasiones, dado fundamentalmente por melenas de ligera intensidad, por lo cual se hospitalizó varias veces, cediendo el sangrado agudo con las medidas aplicadas; sin embargo, este paciente, mantiene habitualmente, cifras de hemoglobina por debajo de los límites normales, por lo que requiere de medicación antianemia ferropénica.

Durante la exploración física el paciente se mantuvo bien hidratado, buen estado general, índice de masa corporal de 25, 9, palidez cutáneomucosa ligeras, sin alteraciones de la cabeza ni el cuello, tórax clínicamente normal, abdomen con ligero dolor en la porción derecha del epigastrio durante la palpación profunda, sin visceromegalias ni masas palpables, no irritación peritoneal y peristalsis activa.

Debido a la persistencia de la sintomatología se realizó una serie digestiva alta baritada, la cual evidenció la presencia de un divertículo en la segunda porción del duodeno. Figura 1.



Fig. 1. Serie gastroduodenal. Presencia del divertículo en la segunda porción del duodeno.

Se indicó estudio endoscópico duodenal con visión lateral que logró precisar el orificio de entrada del divertículo, se localizó en la segunda porción del órgano, región yuxtapapilar, la ecografía abdominal y el resto del estudio radiográfico no mostraron alteración alguna; los exámenes del laboratorio se encontraron dentro de los límites normales, excepto el hematocrito que ofreció resultados inferiores. Figura 2.

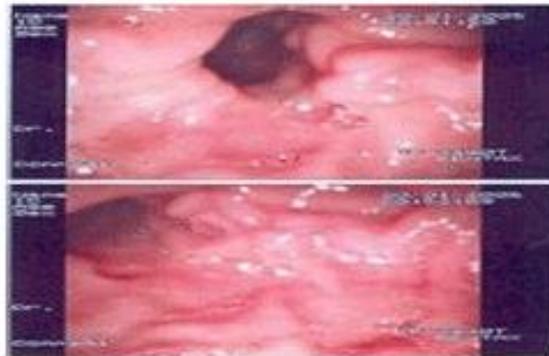


Fig. 2. Duodenoscopia. Orificio de entrada del divertículo y su relación con la papila.

En vista de los hallazgos en los complementarios y la persistencia de la sintomatología, sin que existiera otra explicación médica, se decidió preparar al paciente para la cirugía. Durante la laparotomía se encontró un segmento anormal del duodeno que protruía lateralmente a su curvatura mayor, por debajo de la vía biliar principal, se realizó movilización amplia del duodeno mediante maniobra de Kocher, se disecó la formación diverticular cuidadosamente hasta su punto de origen a unos 2cm de la ampolla de Vater, se completó la disección y se realizó la diverticulectomía con cierre longitudinal en dos planos, sutura interrumpida de material no absorbible (Figura 3).



Fig. 3. Divertículo duodenal ya disecado durante el acto quirúrgico.

El paciente presentó evolución postoperatoria favorable con apertura de la vía oral al tercer día del postoperatorio. No sufrió complicación. En la actualidad luego de 11

meses de su operación se mantiene asintomático y reincorporado a su medio familiar y social activamente.

DISCUSIÓN

Los divertículos, del latín diverticulum (desviación de un camino) son formaciones saculares o bolsas de una cavidad o tubo principal, se localizan frecuentemente en el tracto digestivo, precisamente el duodeno es el segundo segmento en sufrir esta alteración. Según Case JT ¹los divertículos duodenales (DD) fueron descritos por primera vez por Chomel en 1710; se reconoce actualmente una incidencia que fluctúa entre el 0, 16 y el 5, 76 % de la población general, del 6 al 23 % de las necropsias y desde el 10 al 20 % de las duodenoscopias realizadas, con un incremento evidente en las personas mayores de 60 años, constituyen una rareza en los menores de 40 años. ³⁻⁵ En el Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech el 7 % de las duodenoscopias practicadas mostraron la presencia de la formación diverticular duodenal, según el registro de colecistopancreatografías retrógradas endoscópicas del Servicio de Gastroenterología.

Los DD pueden ser únicos o múltiples, en la quinta parte de los casos, ² aparecen en cualquier porción del órgano, pero son más frecuentes en el borde medial del duodeno descendente, especialmente, alrededor de la papila mayor. Habitualmente se clasifican de acuerdo al lugar en que se localizan, el número y la relación que guardan con la papila; pueden ser considerados yuxtapapilares cuando se localizan en un diámetro de hasta 3cm alrededor del ampolla de Vater, son peripapilares los que se ubican en su borde, y por último aquellos en que la papila desemboca dentro del divertículo se denominan ampulares o papila intradiverticular.

Presentan diferentes formas y tamaños, usualmente miden entre 1 y 5cm, pueden alcanzar 10cm o dimensiones mayores, sobre todo, en los de crecimiento lateral, donde el páncreas no les limita. Se producen en zonas potencialmente débiles de la pared intestinal, donde existe una ausencia congénita de la capa muscular (alrededor de los vasos sanguíneos que irrigan el duodeno o en la ventana donde penetran los conductos biliares y pancreáticos), son más frecuentes en la cara medial del duodeno y en el ampolla de Vater.² En su gran mayoría son extraluminales, adquiridos sin involucrar todo el espesor de la pared duodenal, atribuyéndose su origen a un proceso cicatrizal. ⁵ Frecuentemente están asociados a otros procesos del tracto gastrointestinal como divertículos colónicos, úlcera péptica y hernia hiatal, aunque tal

combinación, suele estar relacionada con la edad de los individuos en los cuales se desarrolla esta enfermedad, sin embargo, la relación con la litiasis vesicular y primaria de la vía biliar se sustenta en que, la presencia del DD facilita la colonización bacteriana y de forma ascendente la vía biliar, motivada por la presencia de E. Coli que produce B-glucoronidasa, enzima que desdobla la bilirrubina conjugada, la cual se combina posteriormente con el calcio y forma cristales de bilirrubinato de calcio y origina cálculos de color café. Mientras más cerca esté el divertículo de la papila, mayor será la posibilidad de colonización bacteriana de la vía biliar, la que puede estar entre el 70 y 90 % de los peripapilares.²

El diagnóstico clínico presenta dificultad debido a que no existe una presentación característica, generalmente, los síntomas son imprecisos, menos del 10 % de los DD son francamente sintomáticos,² por lo que puede presentar dificultades diagnósticas de consideración si no es tenido en cuenta.⁴ Las manifestaciones clínicas están relacionadas con las complicaciones que provocan sobre la región pancreatobiliar. En el paciente la sintomatología más relevante estuvo dada por la sensación de dolor postprandial precoz en el epigastrio y el hipocondrio derecho.

La transformación maligna es excepcional, ocurre sólo relacionada con la inclusión de tejido pancreático o gástrico ectópico, no es corroborada la asociación con las neoplasias de las vías biliares. El DD puede sufrir inflamación aguda, diverticulitis, esta se produce por un mal vaciamiento del divertículo, se presenta con más frecuencia en los de base pequeña y cuello estrecho que se ubican en la cara lateral del duodeno, pueden evolucionar a la formación de abscesos y fístulas; la diverticulitis aguda es rara, logra confundirse clínicamente con otros procesos abdominales como la úlcera perforada, la colecistitis o la pancreatitis.⁴

La perforación es infrecuente, alrededor de 100 casos se reportan en la literatura mundial,⁶ es la más grave de las complicaciones, con una mortalidad aproximada del 50 %. Otra complicación descrita es la hemorragia, ésta suele ser de pequeña cantidad y repetida, se manifiesta mayormente como anemia y excepcionalmente a modo de sangramiento digestivo alto, macroscópicamente evidente y se origina por ulceración de la mucosa diverticular. También el DD puede ser un factor causal de pancreatitis aguda y crónica, sobre todo en los divertículos ampulares.^{7,8}

El diagnóstico se basa casi exclusivamente en el estudio contrastado del tracto digestivo superior, particularmente, en la duodenografía hipotónica y en las series gastroduodenales, sin embargo, se reportan fallas por estos métodos, por lo que se considera la duodenoscopia con visión lateral como el proceder de elección para la certeza diagnóstica,^{4,5} ésta debe efectuarse con cuidado por el riesgo de perforación,

especialmente, si está indicada la colangiografía, ² también puede ser detectado como hallazgo transoperatorio.

La mejor alternativa de tratamiento definitivo para los DD sintomáticos, es precisamente el manejo quirúrgico. La cirugía se aplica sólo para el 1 al 2 % de los pacientes con divertículos, ⁵ se indica a quienes se demuestra que es ésta la causa del dolor abdominal crónico o ante la presencia de sus complicaciones; contrariamente a lo preconizado para los adultos, la cirugía está tempranamente indicada en los niños. ⁹

El procedimiento varía de acuerdo a la localización del DD y la extensión del proceso inflamatorio, puede ir desde diverticulectomía simple hasta resecciones duodenales segmentarias con gastroyeyunostomías derivativas en los casos de diverticulitis complicada. ^{10, 11} La diverticulectomía simple, puede realizarse mediante técnicas de acceso mínimo. ¹²

Actualmente el paciente se encuentra completamente asintomático, lo que se corrobora con su evolución. La enfermedad diverticular duodenal que padecía fue la causa del dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, del sangramiento digestivo y consecuentemente la anemia ferropénica crónica.

Los divertículos duodenales constituyen enfermedades infrecuentemente tratadas por los servicios quirúrgicos, para su diagnóstico se hace necesario excluir otras enfermedades del hemiabdomen superior con una presentación estadística más frecuente, el tratamiento debe ser debidamente individualizado de acuerdo con las características particulares de cada paciente; la opción quirúrgica es la mejor alternativa para su solución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Case JT. Diverticula of the small intestine other than Meckel's diverticulum. JAMA. 1920;75:1463-70.
2. Acuña R, León F, Fridman L, Alcántara A, Álvarez J. Prevalencia del divertículo duodenal y su morbimortalidad en la colangiografía endoscópica retrógrada. Rev Mex Cirug Endoscop. 2002;3(3):117-22.
3. Puglia CR. Diverticulo Duodenal Periampolar e doença biliopancreática. Panorama Internacional. Rev Assoc Med Bras. 2004;50(2):109-26.
4. López García F, Belda Abad G, Correa Esta JA, Cruz Novoa R, Boluda Belívar F. Divertículo duodenal periampolar: una entidad a considerar en el diagnóstico diferencial del absceso pancreático. An Med Interna (Madrid). 2003;20(12):25-32.

5. Guadarrama Pérez E, Monroy Santoyo S, Belmontes Montes C, Decanini Terán C. Divertículo duodenal como causa de dolor abdominal crónico. *Anales Médicos*. 2003;48(2):114-17.
6. Yokomuro S, Uchida E, Arima Y, Mizuguchi Y, Shimizu T, Kawahigashi Y, et al. Simple closure of a perforated duodenal diverticulum a case report. *J Nippon Med Sch*. 2004;71(5):237-9.
7. Mendes Castilho Netto J, Basilio Ssperanzini M. Diverticulo duodenal ampolar e colangite. *Sao Paulo Med J*. 2003;121(4):21-9.
8. Naranjo Chavez J, Schwarts Leder G, Beger HG. Ampullary but not periampullary duodenal diverticula are an etiologic factor for chronic pancreatitis. *Dig Surg*. 2000;17(4):358-63.
9. San Juan Rodríguez S, Santamaría Osorio JI. Divertículo duodenal congénito extraluminal. *Cir Pediatr*. 2004;17(4):202-4.
10. Brzost Andersen B, Amstrup JH. Duodenal diverticula. *Ugeskr Laeger*. 1997;159(29):450-47.
11. Duarte B, Nagy KK. Perforeted duodenal diverticulum. *Br J Surg*. 1992;79(9):877-81.
12. Dell'Osso A, Creti P. Duodenal Diverticula. *Minerva Med*. 1986;77(12):469-78.

Recibido: 21 de diciembre de 2005.

Aceptado: 9 de mayo de 2006.

Dr. Lázaro González Salom. Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Instructor. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba. lgs@shine.cmw.sld.cu