

Divertículo yeyunal solitario con mucosa gástrica heterotópica, diagnóstico y manejo. Reporte de caso

Dr. Martín Jaime-Zavala,* Dr. José Luis Martínez-Ordaz,* Dr. Roberto Blanco-Benavides*

* Servicio de Gastrocirugía, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F.
Correspondencia: Dr. Martín Jaime-Zavala. Avenida División del Norte 519-204, Del Valle. Delegación Benito Juárez, México, D.F.

Recibido para publicación: 8 de marzo de 2002.

Aceptado para publicación: 28 de agosto de 2002.

RESUMEN *Introducción:* la enfermedad diverticular de intestino delgado es una entidad poco común y que puede ser causa de sintomatología abdominal vaga, la mayoría son hallazgos incidentales, que en ocasiones amerita manejo quirúrgico para su resolución. **Método:** reportamos un caso de un paciente con divertículo yeyunal solitario complicado con perforación y con mucosa gástrica heterotópica, no meckeleano, que requirió resección, así como análisis de la literatura de esta asociación. **Conclusión:** el tratamiento quirúrgico de la enfermedad diverticular del intestino delgado está limitado para los pacientes sintomáticos con falta de respuesta al tratamiento médico o que tengan alguna complicación aguda de los mismos.

Palabras clave: divertículo yeyunal, mucosa gástrica heterotópica, intestino delgado.

SUMMARY *Introduction:* Diverticular disease of small bowel is an uncommon entity and may be the cause of vague abdominal symptoms generally an incidental finding that occasionally require surgical therapy for resolution. **Method.** We report a case of a patient with complicated solitary jejunal diverticulum with perforation and non-Meckeleian heterotopic gastric tissue that required resection, and include a review of the literature of this association. **Conclusion:** Surgical treatment of diverticular disease of the small bowel is limited to symptomatic patients with non-response to medical therapy or who have some acute complications of same.

Key words: Jejunal diverticulum, heterotopic gastric mucosa, small bowel.

INTRODUCCIÓN

La primera descripción de los divertículos yeyunales fue realizada por Astley Cooper en 1807. Gardner y Simpson, en 1906, realizaron la primera intervención quirúrgica por esta patología.

Los divertículos yeyunales generalmente son múltiples, se encuentran más frecuentemente en pacientes del sexo masculino, pero últimamente se han reportado series con predominancia del sexo femenino.¹⁻⁴ Pueden surgir por accidente embrionario durante la tercera semana de vida. La incidencia en la población general es de 0.07 a 0.42%, aunque en series de pacientes a quienes se les realizan estudios baritados alcanza 2.3%.^{2,5,6} La mayor parte de los casos es reportada en pacientes mayores de 40 años, principalmente entre la quinta y la sexta décadas de la vida.^{1,3,4,6} Un divertículo congénito del intestino delgado es un peligro constante para quien

lo sufre. Si no se inflama o ulcera puede producir obstrucción, si no aparecen estos peligros, en etapa ulterior de la vida puede haber cambios neoplásicos. La mucosa del divertículo puede ser de cualquier segmento gastrointestinal. La extirpación de estos divertículos en el lado mesentérico del intestino es más difícil que extirpar el divertículo antimesentérico.

REPORTE DE CASO

Paciente femenino de 12 años de edad, quien ingresó al Servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal súbito, intenso, localizado en mesogastrio. Tiene el antecedente de dolor abdominal tipo cólico ocasional que cede espontáneamente, con episodios ocasionales diarreicos que ceden con manejo antimicrobiano o antimicrobiano, sin distensión abdominal. Se investigó hemorragia microscópica que resultó negativa. A su ingreso presentó palidez

importante, hipotensión sostenida. A la exploración física se encontró con resistencia muscular importante y datos francos de abdomen agudo. La biometría hemática reportó anemia aguda, con hemoglobina de 4 g/dL, por lo que se realizó cirugía de urgencia, en quien se encontró divertículo yeyunal solitario a 90 cm del ligamento de Treitz, perforado, con sangre libre en la cavidad; cursó el transoperatorio con mal estado hemodinámico, se realizó diverticulectomía. Se siguió a la paciente por un lapso de seis meses, en el que mostró mejoría de la anemia megaloblástica. El reporte de patología reveló la presencia de mucosa gástrica, así como la totalidad de las paredes del divertículo y lesión reseca en su totalidad, bordes libres de mucosa gástrica.

DISCUSIÓN

De los pacientes que presentan divertículos yeyunales, sólo 10 a 40% presenta síntomas, los cuales generalmente son vagos o crónicos.^{3,7} El sobrecrecimiento microbiano puede llevar al desarrollo de anemia megaloblástica, esteatorrea y diarrea como en el caso de la paciente aquí reportada. Otros pacientes pueden presentar neuropatía asociada a los mismos.⁸⁻¹¹ En los pacientes con anemia megaloblástica el tratamiento médico con antibióticos lleva a la curación de la anemia.

Otra forma de presentación es de manera aguda. Lo más frecuentemente reportado es como oclusión intestinal aguda.^{7,12} También pueden presentar inflamación aguda que simule un abdomen agudo quirúrgico. Una pequeña parte de los divertículos, como el aquí mencionado, puede presentar mucosa gástrica heterotópica. La mucosa gástrica heterotópica llega a ocasionar inflamación de la mucosa del divertículo, posteriormente ésta se ulcera con hemorragia de la misma y datos de hemorragia de tubo digestivo¹³ e incluso puede perforarse. Es más frecuente que se diagnostique en pacientes jóvenes como en este caso.^{11,14} La forma ideal de detectar la mucosa gástrica heterotópica es con centelleografía abdominal con pertecnetato de Tc-99m.⁶ Existen reportes de caso en que se encontró como causa de hemorragia gastrointestinal baja, la presencia de angiodisplasia en un divertículo yeyunal, detectado por angiografía selectiva.¹⁶ Otros hallazgos pueden ser neumoperitoneo, neumatosis intestinal, fístula, vólvulos e incluso neoplasia, la cual es muy rara.^{2,13,15}

Histológicamente se encuentran áreas de fibrosis en las zonas del divertículo y en la zona adyacente a los mismos hay disminución de esta fibrosis y debilidad de la pared, además tienen relación con la zona de entrada de

las arterias yeyunales, esto último principalmente en los divertículos yeyunales falsos, además de esta alteración se ha demostrado anormalidad del plexo mientérico.⁷

El diagnóstico generalmente se realiza en estudios de tránsito intestinal de doble contraste.⁵ Como ya se comentó, la mayoría son hallazgos incidentales. En los pacientes que son intervenidos quirúrgicamente, el diagnóstico es en forma transoperatoria y en 91% de los casos el diagnóstico preoperatorio fue erróneo.^{3,12,17}

Se recomienda la observación en los pacientes en quienes el hallazgo fue incidental, porque tiene una baja tasa de complicaciones y es mayor la morbilidad del tratamiento quirúrgico. En caso de realizar una intervención quirúrgica y la causa sea un divertículo yeyunal se recomienda la resección intestinal con anastomosis primaria como método de elección, algunos autores han mencionado la diverticulectomía que sólo debe ser realizada en casos especiales,^{2,4,18} sin embargo, Alarcón-Fernández reporta una serie de 13 casos de divertículo de Meckel sintomáticos, que ameritaron manejo quirúrgico, a cuatro se les realizó resección intestinal con entero-entero anastomosis termino-terminal y a nueve se les realizó diverticulectomía; ambos grupos con los mismos resultados, sin mortalidad asociada, motivo por el que a nuestro paciente se le realizó diverticulectomía únicamente sin mortalidad asociada.¹⁹

La morbilidad y mortalidad de los divertículos asintomáticos son nulas. En los divertículos complicados está asociada al tipo de complicación de que se trate.⁷ En general, la morbilidad es de 21 a 40%, y la mortalidad es de 21%, la cual no ha cambiado en los últimos 30 años.^{1,17}

CONCLUSIÓN

Los divertículos de intestino delgado, congénitos o verdaderos exceptuando los de Meckel, tienen incidencia muy baja en la población general, suelen cursar asintomáticos y ser hallazgos incidentales durante estudios contrastados por otros motivos o hallazgos quirúrgicos transoperatorios. El estudio de elección para su diagnóstico intencionado es tránsito intestinal con gastroclisis. No se justifica su resección a menos que se determine ésta como la causa de la sintomatología o se presente con una de sus complicaciones, cuyo manejo recomendado es la resección del segmento intestinal afectado, o bien, diverticulectomía.

Es extraordinariamente rara la presencia de mucosa gástrica heterotópica en divertículos yeyunales no meckelianos, como el caso que reportamos, y que fue el motivo de la complicación y de la intervención quirúrgica de urgencia.

REFERENCIAS

1. Chendrasekhar A, Timberlake GA. Perforated jejunal diverticula: an analysis of reported cases. *Am Surg* 1995; 61: 11.
2. Koger KE, Shatkey CH, Dirbas FM. Perforated jejunal diverticula. *Am Surg* 1996; 62: 11.
3. Bree EB, Grammatikakis J, Christodoulakis M. The clinical significance of acquired jejunoileal diverticula. 1998; 93: 12.
4. Wilcox RD, Shatney CH. Surgical implications of jejunal diverticula. *South Med J* 1988; 81: 11.
5. Sibile A, Willocx R. Jejunal diverticulitis. *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 5.
6. Emamian SA, Shalaby-Rana E, Majd M. The spectrum of heterotopic gastric mucosa in children detected by Tc-99m pertechnetate scintigraphy. *Clin Nucl Med* 2001; 26(6): 529-35.
7. Krishnamurthy S, Kelly MM, Rohrmann CA. Jejunal diverticulosis. *Gastroenterology* 1983; 85: 538-47.
8. Cooke WT, Cox EV, Fone DJ. The clinical and metabolic significance of jejunal diverticula. *Gut* 1963; 4: 115-31.
9. Donald JW. Major complications of small bowel diverticula. *Ann Surg* 1979; 190: 183-8.
10. Ross BC, Richards WO, Snarp KW. Diverticular disease of the jejunal and its complications. *Am Surg* 1990; 56(5): 319-23.
11. Palder BS, Frey CB. Jejunal diverticulosis. *Arch Surg* 1988: 123.
12. Albu E, Parikh V, Alankar S, Gerst PH. Perforated solitary jejunal diverticulum. *South Med J* 1995; 88: 5.
13. Gray SW, Akin JT, Shandalakis JE. Tres variedades de divertículo congénito del intestino.
14. Isbister WH, Wedon O. Perforated jejunal ulcer and heterotopic gastric mucosa. *Br J Surg* 1976; 63: 954-5.
15. Roses DF, Gouge TH, Scher KS. Perforated diverticula of the jejunum and ileum. *Am J Surg* 1976: 132.
16. Nino-Solís J, Girón EG, Sánchez FP. Hemorragia de tubo digestivo secundaria a angiodisplasia yeyunal asociada a diverticulosis yeyunal. *Rev Gastroenterol Mex* 2000; 65(2): 81-4.
17. Eckauser FE, Zelenock GB, Freier DT. Acute complications of jejunoileal pseudodiverticulosis: surgical implications and management. *Am Surg* 1979; 45: 138.
18. Ratcliffe JW, Bartlett MK, Halsted JA. Diverticulosis and acute diverticulitis of jejunum. *N Engl J Med* 1950; 242(11): 387-90.
19. Alarcón-Fernández O, Zamarripa-Dorsey F, Hevia de Ariño-Suárez M. Divertículo de Meckel en el adulto. Experiencia de tres décadas. *Rev Gastroenterol Mex* 1997; 62(4): 273-4.