



Divertículo duodenal

Duodenal diverticulum

Yelec Estrada-Guerra^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-7455-9574>

Yoandra Carmen López-Moya² <https://orcid.org/0000-0002-6177-3010>

Yemmy Rojas-Méndez³ <https://orcid.org/0000-0001-7809-7904>

¹Máster en Procederes Diagnósticos en el Primer Nivel de Salud. Especialista de Primer Grado en Gastroenterología y Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

²Estudiante de cuarto año de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila., Facultad de Ciencias Médicas "Dr. José Assef Yara". Ciego de Ávila, Cuba.

³Especialista de Primer Grado en Gastroenterología. Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

* Autor para la correspondencia. Correo electrónico: yelec@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: los divertículos del intestino delgado son poco frecuentes; su incidencia oscila entre 0,06% y 5,00% de los casos. Pueden ser asintomáticos o manifestar síntomas inespecíficos hasta la aparición de complicaciones tales como hemorragia o perforación.

Objetivo: presentar el caso de una paciente con anemia crónica sin causa aparente, a la que se le diagnosticó un divertículo duodenal.

Presentación del caso: paciente femenina, de 78 años de edad, con antecedentes patológicos de intervención quirúrgica de la vía biliar (hace 53 años) e hipertensión arterial, controlada con tratamiento higiénico, dietético y farmacológico. Acudió a la consulta por presentar dolor abdominal difuso de varios días de evolución, más localizado en el hemiabdomen superior, y con mayor intensidad en el epigastrio. Se acompaña de asco a las comidas, vómitos con restos de alimentos y



secreción biliar (después de cada ingestión), precedidos siempre de náuseas.

Discusión: generalmente los pacientes con esta enfermedad no presentan manifestaciones clínicas por un largo período de tiempo. Ello provoca que al momento del diagnóstico presenten complicaciones. No obstante, algunos pacientes con divertículos de intestino delgado pueden presentar síntomas crónicos, como anemia, la que se diagnosticó en la paciente.

Conclusiones: la enfermedad diverticular del intestino delgado es rara y en ocasiones asintomática. Sus complicaciones se pueden confundir con otras dolencias más comunes. En este caso los especialistas tuvieron en cuenta el hecho que se trató de una paciente adulta mayor con anemia crónica sin causa aparente, como orientación para un posible diagnóstico de divertículo duodenal (confirmado por el estudio imagenológico).

Palabras clave: DIVERTÍCULO/DUODENO; DIVERTÍCULO/INTESTINO DELGADO; DIVERTÍCULO/diagnóstico; DIVERTÍCULO/diagnóstico por imagen; DIVERTÍCULO/complicaciones; INFORMES DE CASOS.

ABSTRACT

Introduction: diverticulum of the small intestine are rare, its incidence ranges between 0,06 % and 5,00 % of cases. They can be asymptomatic or manifest nonspecific symptoms until the onset of complications such as bleeding or perforation.

Objective: to present the case of a patient with chronic anemia without apparent cause, who was diagnosed with a duodenal diverticulum.

Case presentation: female patient, 78 years old, with a pathological history of surgical intervention of the bile duct (53 years ago) and arterial hypertension, controlled with hygienic, dietary and pharmacological treatment. She went to the consultation to present diffuse abdominal pain of several days of evolution, more localized in the upper hemiabdomen, and with greater intensity in the epigastrium. It is accompanied by disgust at meals, vomiting with food debris and bile secretion (after each ingestion), always preceded by nausea.

Discussion: generally patients with this disease do not present clinical manifestations for a long period of time. This causes complications at the time of diagnosis. However, some patients with diverticulum of the small intestine may have chronic symptoms, such as anemia, which was diagnosed in the patient.

Conclusions: diverticular disease of the small intestine is rare and sometimes asymptomatic. Its



complications can be confused with other more common disease. In this case, the specialists took into account the fact that she was an elderly patient with chronic anemia without apparent cause, as an orientation for a possible diagnosis of duodenal diverticulum (confirmed by the imaging study).

Keywords: DIVERTICULUM/DUODENUM; DIVERTICULUM/SMALL INTESTINE; DIVERTICULUM/diagnosis; DIVERTICULUM/diagnostic imaging; DIVERTICULUM/complications; CASE REPORTS.

Recibido: 01/08/2018

Aprobado: 29/01/2020

INTRODUCCIÓN

El intestino delgado es el segmento más largo y difícil de evaluar del tubo digestivo; constituye 90% de la superficie del sistema gastrointestinal. Los divertículos del intestino delgado son poco frecuentes; su incidencia oscila entre 0,06% y 5,00% de los casos. Se consideran divertículos falsos pues solo contienen mucosa y submucosa. Se observan con mayor frecuencia en el duodeno y más raramente en el yeyuno e íleon.⁽¹⁻³⁾

Esta es una dolencia silenciosa, que puede ser asintomática o manifestar síntomas inespecíficos hasta la aparición de complicaciones tales como hemorragia o perforación. Estas complicaciones se presentan en 10-30% de los pacientes. Generalmente evolucionan de forma satisfactoria con tratamiento conservador.⁽¹⁻³⁾

Este trabajo tiene como objetivo presentar el caso de una paciente con anemia crónica sin causa aparente, a la que se le diagnosticó un divertículo duodenal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, de 78 años de edad, con antecedentes patológicos de intervención quirúrgica de la vía biliar (hace 53 años) e hipertensión arterial de varios años, controlada con tratamiento higiénico



dietético y farmacológico. Debido a ello tiene seguimiento por el especialista en medicina interna.

Acudió a la consulta del Servicio de Gastroenterología del Hospital General Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila. Refirió que presentaba dolor abdominal difuso de varios días de evolución, más localizado en el hemiabdomen superior, y con mayor intensidad en el epigastrio. El dolor aparecía a cualquier hora del día y se aliviaba un poco con la administración de antiácidos y la ingestión de lácteos. Se acompañaba de asco a las comidas, vómitos con restos de alimentos y secreción biliar (después de cada ingestión), precedidos siempre de náuseas.

La paciente sufría además astenia y anorexia, y durante la anamnesis refirió que aproximadamente seis meses antes el especialista le diagnosticó anemia por déficit de hierro (ferropénica), cuya causa no se había determinado y, por tanto, aún la padecía.

Examen físico:

La paciente presentó funciones vitales normales, y la piel tibia, pálida, sin ictericia. No se observaron edema del tejido celular subcutáneo ni adenopatías linfáticas palpables. En ambos campos pulmonares se detectaron murmullos vesiculares que pasaban bien, sin ruidos agregados. Los ruidos cardíacos eran rítmicos, sin soplos.

En el abdomen se encontraron ruidos hidroaéreos normales, y dolor en el epigastrio y la cicatriz quirúrgica de la vía biliar durante la palpación superficial y profunda. El sistema genitourinario presentó un estado normal. No se encontraron signos meníngeos ni de focalización neurológica.

Exámenes complementarios:

La realización del perfil de laboratorio dio como resultados hemoglobina de 88 g/L y presencia de sangre oculta en heces fecales. El resto de los exámenes mostró valores normales.

Exámenes imagenológicos:

En la esofagogastroduodenoscopia se observaron bulbitis eritematosa y gastritis antral eritematosa. En el tubo duodenal se encontró un orificio que pareció corresponder a un divertículo duodenal. La colonoscopia resultó negativa.

La radiografía de esófago, estómago y duodeno mostró un antro gástrico algo tubular. Llamó la atención una imagen de 1,5 x 1,5 cm en el bulbo duodenal, que dio la impresión de corresponder con un

divertículo ubicado en ese sitio (Fig. 1). Se observó derivación de la vía biliar.

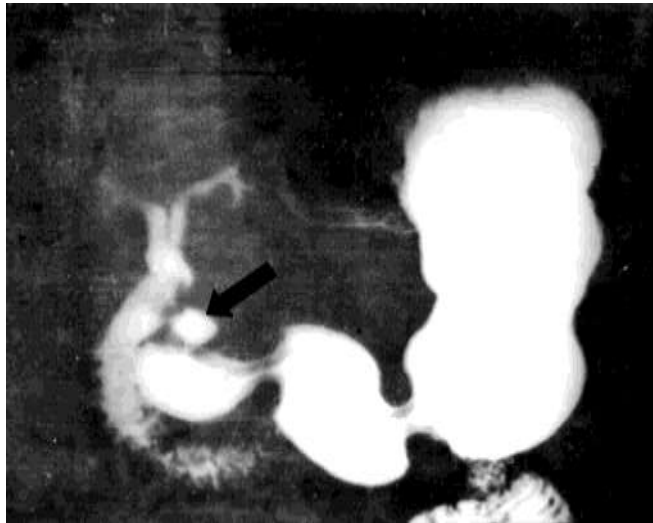


Fig. 1 – Radiografía de esófago, estómago y duodeno. Obsérvese el divertículo duodenal.

También en la radiografía de tránsito intestinal se observó en el bulbo duodenal una imagen de 1,5x1,5 cm con impresión diagnóstica de corresponder a un divertículo. El resto del tránsito resultó negativo.

DISCUSIÓN

La diverticulosis es la principal causa de sangrado masivo del tubo digestivo bajo, y la tercera causa de sangrado en pacientes de edad avanzada. Sin embargo, los divertículos del intestino delgado son poco comunes: en la mayoría de los casos el diagnóstico es incidental. En estudios radiológicos contrastados se encuentran prevalencias de 0,5-2,3%, y en autopsias son de aproximadamente 0,3-4,5%.⁽³⁾

En cuanto a la localización de los divertículos, varios autores coinciden en que existe una mayor prevalencia de la duodenal –como en este caso– seguida del divertículo de Meckel.⁽⁴⁻⁷⁾ En un estudio realizado por Akhrass y cols.⁽⁴⁾ en 200 pacientes con diagnóstico de divertículos de intestino delgado, se constató que 79 % estaban localizados en el duodeno, 18 % en el yeyuno y 3 % en el íleo. La incidencia disminuye progresivamente en regiones distales al ligamento de Treitz.

Aunque es frecuente encontrar divertículos duodenales en la segunda porción, se pueden encontrar en cualquier otro segmento del duodeno. Cuando se encuentran en la región periampular es necesario diferenciarlos de forma adecuada de las lesiones neoplásicas del páncreas.^(8,9) Su prevalencia aumenta



con la edad, sobre todo en la sexta y séptima décadas de la vida como en el caso de esta paciente.

Los divertículos pueden ser congénitos o adquiridos. El único divertículo congénito verdadero de intestino delgado es el divertículo de Meckel, localizado en el borde antimesentérico del intestino delgado, aproximadamente a 40 ± 80 cm de la válvula ileocecal.^(2,10)

Los falsos divertículos se pueden originar como consecuencia de otras enfermedades, entre ellas inflamatorias (enfermedad de Crohn) e infecciosas (tuberculosis). No obstante en la mayoría de los casos no se identifica una causa subyacente.⁽¹¹⁾

Generalmente los pacientes no presentan manifestaciones clínicas por un largo período de tiempo. Ello provoca que al momento del diagnóstico presenten complicaciones. No obstante, algunos pacientes con divertículos de intestino delgado pueden presentar síntomas crónicos, como anemia,⁽¹²⁾ la que se diagnosticó en la paciente de este caso.

Las complicaciones más frecuentes son dolor abdominal crónico, inflamación, perforación, diarreas con o sin mala absorción y hemorragia. La obstrucción intestinal es una complicación rara; a este respecto Bellio y cols.⁽¹³⁾ diagnosticaron una paciente que requirió de tratamiento quirúrgico para su recuperación.

La mayoría de los pacientes con divertículos de intestino delgado es diagnosticada de manera incidental. La endoscopia de avance es útil para observar la parte distal del duodeno y proximal del yeyuno entre 90 cm y 150 cm después del ligamento de Treitz, con una sensibilidad diagnóstica de 3-70%.

También se han encontrado divertículos al realizar colangiopancreatografías retrógradas endoscópicas –ya que los más comunes son los duodenales y periampulares– o enteroscopias de doble balón, al buscar el origen de sangrados.⁽¹⁴⁾

Habitualmente los divertículos duodenales se identifican en estudios radiológicos contrastados (esófago, estómago y duodeno, o tránsito intestinal), en los que se observan como protrusiones exofíticas de la pared, de distinto tamaño y cuello estrecho en general.

Al respecto, Causa y cols.⁽¹⁵⁾ consideran que la tomografía axial computarizada es un método útil para el diagnóstico y manejo terapéutico de los divertículos del intestino delgado. Este método permite identificar tanto las causas de los divertículos, sus características y ubicación, como diagnosticar de forma temprana las complicaciones.

Cuando el diagnóstico es al azar y el divertículo es asintomático, el tratamiento conservador es el más



recomendado. La intervención quirúrgica está indicada en pacientes que presentan perforación del divertículo y peritonitis.^(16,17)

Hasta hace unos años, el manejo de la hemorragia con origen en divertículos duodenales era eminentemente quirúrgico, pero los avances en el campo de la endoscopia digestiva posibilitan un manejo más conservador. Hoy el tratamiento quirúrgico mediante diverticulectomía parece quedar relegado como tratamiento de rescate ante el fracaso endoscópico y endovascular.⁽¹⁸⁾

CONCLUSIONES

La enfermedad diverticular del intestino delgado es rara y en ocasiones asintomática. Sus complicaciones se pueden confundir con otras dolencias más comunes. En este caso los especialistas tuvieron en cuenta el hecho que se trató de una paciente adulta mayor con anemia crónica sin causa aparente, como orientación para un posible diagnóstico de divertículo duodenal (confirmado por el estudio imagenológico).

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Téoule P, Birgin E, Zaltenback B, Kähler G, Wilhelm TJ, Kienle P, et al. A retrospective, unicentric evaluation of complicated diverticulosis jejuni: Symptoms, treatment, and postoperative course. *Front Surg* [Internet]. Nov 2015 [citado 17 Dic 2019];2:57. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsurg.2015.00057/full>
2. Fidan N, Mermi EU, Acay MB, Murat M, Zobaci E. Jejunal diverticulosis presented with acute abdomen and diverticulitis complication: A case report. *Pol J Radiol* [Internet]. Dic 2015 [citado 17 Dic 2019];80:532-5. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Mehtap_Beker-Acay/publication/286453980_Jejunal_Diverticulosis_Presented_with_Acute_Abdomen_and_Diverticu



[litis_Complication_A_Case_Report/links/56af856908ae9c1968b45851](https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0009741116301323?token=A8FC65F73E3391A07F6AB6D1323BE2F9D3CE396945790F449D187C06117033239CC29387B745A7EB3D181E0C63A70407)

3. Blake-Siensen JC, Kortright-Farías M, Casale-Menier DF, Gámez-Araujo J. Sangrado digestivo por divertículos yeyunales: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Cir Cir* [Internet]. Dic 2017 [citado 25 Jul 2019];85 Sup 1:34-39. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0009741116301323?token=A8FC65F73E3391A07F6AB6D1323BE2F9D3CE396945790F449D187C06117033239CC29387B745A7EB3D181E0C63A70407>
4. Akhrass R, Yaffe MB, Fischer C, Ponsky J, Shuck JM. Small-bowel diverticulosis: perceptions and reality. *J Am Coll Surg*. Abr 1997;184(4):383-8.
5. Villalonga R, Sánchez-García JL, Armengol M, Iordache N. Jejunal diverticular causing massive intestinal bleeding. *Chirurgia (Bucur)* [Internet]. Oct 2012 [citado 17 Dic 2019];107(5):652-4. Disponible en: <http://revistachirurgia.ro/pdfs/2012-5-652.pdf>
6. Levak MM, Madariaga ML, Kaafarani HMA. Non-operative successful management of a perforated small bowel diverticulum. *World J Gastroenterol* [Internet]. Dic 2014 [citado 17 Dic 2019];20(48):18477-9. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Maria_Madariaga/publication/270651532_Non-operative_successful_management_of_a_perforated_small_bowel_diverticulum/links/56f5a23c08ae81582bf215ff/Non-operative-successful-management-of-a-perforated-small-bowel-diverticulum.pdf
7. 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* [Internet]. Sep 2005 [citado 17 Dic 2019];11(35):5557-60. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.604.1773&rep=rep1&type=pdf>
8. Ferreira-Paduan G, Speranza-Faifer V, De Souza-Hybner L, Nava-Pérez CD, Guerra de Andrade Lima-Cabral JG, Ardengh JC. Divertículo duodenal mimetizando lesión neoplásica em pâncreas. *Acta Gastroenterol Latinoam* [Internet]. 2017 [citado 17 Dic 2019];47(1):72-4. Disponible en: <http://www.actagastro.org/numeros-antiores/2017/Vol-47-N1/Vol47N1-PDF14.pdf>
9. Mayo MA, Pacheco JM, Roldán S, Fernández JL. Divertículo duodenal simulando neoplasia quística de pâncreas. *Rev Chil Cir* [Internet]. 2018 [citado 17 Dic 2019];70(2):164-7. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rhcir/v70n2/0379-3893-rhcir-70-02-0164.pdf>
10. Kouraklis G, Glinavou A, Mantas D, Kouskos E, Karatzas G. Clinical implications of small bowel diverticula. *Isr Med Assoc J* [Internet]. Jun 2002 [citado 17 Dic 2019];4(6):431-3. Disponible en:



<http://www.ima.org.il/FilesUpload/IMAJ/0/55/27855.pdf>

11. Kleyman S, Logue L, Lau V, Maio E, Sanni A, Khan F. Ileal diverticulitis: an uncommon diagnosis for right lower quadrant pain. *J Surg Case Rep* [Internet]. Nov 2012 [citado 17 Dic 2019];2012(11):[aprox. 4 p.]. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3854998/pdf/rjs010.pdf>

12. Mazuch J, Bruncák P, Kuník Z, Machan L, Misánik L. Diverticulosis of the small intestine. *Bratisl Lek Listy*. Ago 1995;96(8):442-6.

13. Bellio G, Bernardi L, De Manzini N. Duodenal diverticula: unusual case of upper gastrointestinal obstruction. *Am J Med* [Internet]. Nov 2018 [citado 17 Dic 2019];131(11): e449-50. Disponible en:

https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S000293431830648X.pdf?locale=es_ES&searchIndex=

14. Sakpal SV, Fried K, Chamberlain RS. Jejunal diverticulitis: a rare case of severe peritonitis. *Case Rep Gastroenterol Med* [Internet]. Nov 2010 [citado 17 Dic 2019];4(3):492-7. Disponible en:

<https://www.karger.com/Article/PDF/321091>

15. Causa-Andrieu PI, Seehaus A, Bernard N, Adri DO, Bertone S. Tomografía computada multidetector en la enfermedad diverticular del intestino delgado. *Rev Argent Radiol* [Internet]. Sep 2017 [citado 17 Dic 2019];81(3):214-8. Disponible en:

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0048761916301090?token=A3D13A2F40A362EA183729A1744BA28CCC1E3A65B09555E88A76E3EF3308F58CFE674F0C6B09824C65977412D74364CD>

16. Falidas E, Vlachos K, Mathioulakis S, Archontovasilis F, Villias C. Multiplegiant diverticula of the jejunum causing intestinal obstruction: report of a case and review of the literature. *World J Emerg Surg* [Internet]. 2011 [citado 17 Dic 2019];6:1-9. Disponible en:

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186%2F1749-7922-6-8.pdf>

17. Gerson LB, Fidler JL, Cave DR, Leighton JA. ACG Clinical guideline: diagnosis and management of small bowel bleeding. *Am J Gastroenterol* [Internet]. Sep 2015 [citado 17 Dic 2019];110(9):1265-87. Disponible en: <http://www.spg.pt/wp-content/uploads/2015/11/2015-small-bowel-bleeding.pdf>

18. Valdivielso-Cortázar E, Madarnás-Alonso L, Ortiz-Marín S, Couto-Wörner I, Alonso-Aguirre P. Hemorragia diverticular duodenal: un reto endoscópico. *Rev Esp Enferm Dig* [Internet]. 2017 [citado 17 Dic 2019];109(6):468-9. Disponible en:

https://www.researchgate.net/profile/Eduardo_Cortazar/publication/316840429_Duodenal_diverticular



[bleeding_An_endoscopic_challenge/links/5bf4072492851c6b27cc39e9/Duodenal-diverticular-bleeding-An-endoscopic-challenge.pdf](https://www.sciencedirect.com/journal/revista-medica-electronica-de-ciego-de-avila/issue/S010293035201904/5bf4072492851c6b27cc39e9/Duodenal-diverticular-bleeding-An-endoscopic-challenge/links/5bf4072492851c6b27cc39e9/Duodenal-diverticular-bleeding-An-endoscopic-challenge.pdf)