

UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE DIARREA, FIEBRE Y DOLOR ABDOMINAL

A. Selfa-Muñoz¹, R. López-Segura¹, A. Martín-Lagos Maldonado¹, F.J. Casado-Caballero²
F.J. Salmerón-Escobar³

¹ Médico Residente. ² Facultativo especialista de Área. ³ Jefe de Servicio. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción

La enfermedad diverticular del yeyuno e íleon es una patología infrecuente y habitualmente asintomática¹. Por su desconocimiento, rara vez es considerada como parte del diagnóstico diferencial de enfermedades digestivas. La diverticulosis yeyunal fue descrita por primera vez por Sir Astley Cooper en 1807 en una monografía dedicada a hernias.

Porque es una patología infradiagnosticada como causante de dolor abdominal² y porque no es raro que se confunda con otras entidades, es por lo que consideramos interesante el caso que presentamos a continuación.

Descripción del caso clínico

Mujer de 75 años de edad con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, tiroidectomía total por bocio multinodular en 2001, e hipotiroidismo yatrógeno, colecistectomía hace 20 años, pancreatitis en 2004, colangitis en 2006. En tratamiento con valsartán, levotiroxina, metoclopramida, paracetamol, loperamida, omeprazol y sin alergias medicamentosas conocidas.

Acude al servicio de urgencias por cuadro febril de un mes de evolución (hasta 38-39°C y de predominio

vespertino), así como cuadro de diarrea de unos 6 meses de evolución, con 3-4 deposiciones/día de consistencia blanda, sin productos patológicos y dolor abdominal generalizado de tipo cólico. En la exploración física presenta constantes estables, febrícula de 37.2°C, está consciente y orientada, bien hidratada y profundida. No focalidad neurológica. Auscultación cardiopulmonar con tonos rítmicos, ventilación pulmonar simétrica y sin ruidos patológicos. Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias palpables, doloroso de forma generalizada con la palpación, no signos de peritonismo y ruidos hidroaéreos conservados. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa. Se ingresa para estudio.

Se realiza una analítica general, en la bioquímica destaca proteína C reactiva 12.18 mg/dl, resto normal (incluida la función renal, sodio, potasio, glucosa, transaminasas, colestasis, bilirrubina, amilasa, lípidos y hormonas tiroideas). El hemograma presenta leve leucocitosis (11000/mm³) con neutrofilia (neutrófilos 80%), hemoglobina 11 g/dl, hematocrito 34.5 %, volumen corpuscular medio 82 fl, plaquetas 426000/mm³. Coagulación con actividad de protrombina 88%, INR 1.08. Marcadores tumorales dentro de la normalidad.

Se solicita estudio de anemias: hierro 24 mg/dl, ferritina 82.3 ng/ml, transferrina 186 mg/dl, índice de saturación de transferrina 10%, vitamina B12 438 pg/ml, ácido fólico 13 ng/ml. Y para el estudio de la diarrea y del cuadro febril se hace coprocultivo, parásitos en heces, toxinas A y B de Clostridium Difficile que fueron negativos. Hemo y urocultivo negativos. Prueba de Mantoux negativa. Colonoscopia en la que se explora hasta ciego sin poder accederse a íleon, con mucosa de aspecto y coloración dentro de la normalidad y sin lesiones. Se toman muestras de colon derecho, transversal, colon izquierdo y recto para anatomía patológica que no presentan alteraciones morfológicas significativas.

CORRESPONDENCIA

Aida Selfa Muñoz
Hospital San Cecilio. Avda Dr. Olóriz, Nº 16.
18012 Granada
T. 958023325

aidasale@hotmail.com

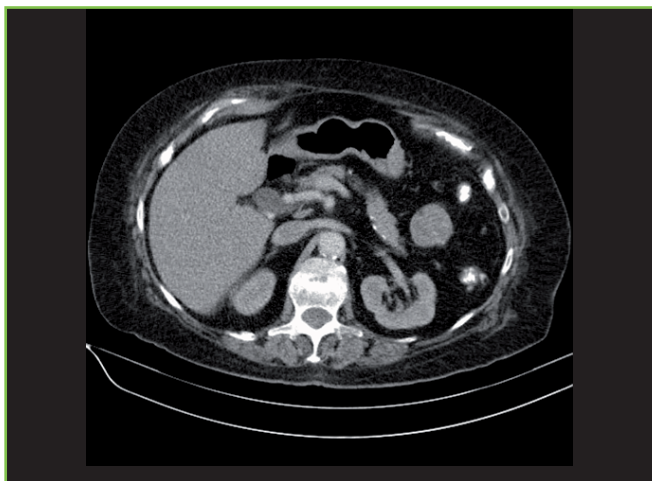


Figura 1A

Páncreas con calcificaciones milimétricas en cabeza, cuerpo distal y cola.



Figura 1B

Íleon terminal con engrosamiento parietal

Dada la ausencia de hallazgos en la exploraciones realizadas, se practica un TAC abdominopélvico con contraste intravenoso en el que se visualiza un hígado ligeramente esteatósico de tamaño normal y densidad homogénea, sin evidencia de lesiones focales. Bazo y adrenales normales. Páncreas con calcificaciones milimétricas tanto en cabeza, cuerpo distal y cola de páncreas (**Figura 1A**) y conducto principal patente no dilatado, que sugiere pancreatitis crónica. Riñones de tamaño en límite de la normalidad y con varias cicatrices corticales. Múltiples adenopatías en raíz de mesenterio de tamaño aproximado 1.4 cm. y adyacentes a algunas asas de íleon. Engrosamiento parietal en asas de íleon distal con cierto engrosamiento de los vasa recta y cierta dilatación de las asas con adenopatías en la grasa mesentérica adyacente a las mismas de unos 12 mm y cierta proliferación fibrograsa. Íleon terminal con engrosamiento parietal y calibre normal con hipodensidad de la grasa submucosa (signo del halo graso) (**Figura 1B**). No ascitis. Se sugiere enfermedad inflamatoria intestinal tipo Crohn con afectación de asas de íleon distal.

Dado que la TAC abdominal sugiere Enfermedad Inflamatoria Intestinal, se realiza una gammagrafía con leucocitos marcados que evidencia un acumulo parcheado de leucocitos a nivel de íleon, con un grado gammagráfico de actividad de I-II/IV; exploración que es compatible con la existencia de enfermedad inflamatoria intestinal a nivel de íleon distal. Además se instaura tratamiento con dieta absoluta y antibióticos intravenosos (ciprofloxacino y metronidazol) mejorando la diarrea y cediendo la fiebre. También se introdujeron enzimas pancreáticas por la posible insuficiencia exocrina.

Por otro lado ante la clínica de fiebre, diarrea crónica, adenopatías mesentéricas y anemia, es obligado descartar la Enfermedad de Whipple mediante gastroscopia con toma de biopsias de intestino delgado, que resultaron negativas.

A la vista de los resultados de la gammagrafía se solicita la enteroclasia que es informada como gran cantidad de formaciones diverticulares que afectan a la generalidad del intestino delgado, apreciando uno en íleon terminal de medianas proporciones. Hallazgos sugerentes de diverticulosis. A nivel de íleon Terminal, además de la deformidad diverticular, presenta, a escasos centímetros de la válvula ileocecal, separación de las asas cercanas, probablemente por engrosamiento del meso y pérdida del patrón mucoso con imágenes pequeñas de tipo ulceroso. Hallazgos compatibles con enfermedad inflamatoria intestinal de tipo inespecífico.

Se establece el diagnóstico de diverticulosis con diverticulitis de intestino delgado y pancreatitis crónica. Al alta la paciente estaba apirética y presentaba unas 2-3 deposiciones diarias semiformadas de escasa cuantía, y se le prescribió tratamiento domiciliario con: rifaximina 400 mg cada 12 horas durante 1 semana al inicio de cada mes, fibra soluble 1 sobre cada 24 horas, mesalazina 1 g cada 12 horas, kreon "10000" 2 cápsulas en cada comida, omeprazol 40 mg 1 comprimido por la mañana.

En el seguimiento, la paciente se ha mantenido asintomática con rifaximina y enzimas pancreáticas.

Discusión

Los divertículos de intestino delgado son una rara entidad cuya prevalencia en autopsias oscila entre 0,06% y 1,3%. El 80% se localizan en duodeno e íleon, mientras que la diverticulosis masiva del intestino delgado afecta a menos del 2% de los pacientes con divertículos³. Suele diagnosticarse de forma accidental⁴ y sus complicaciones son escasas, siendo la más frecuente la hemorragia, seguida de la diverticulitis (2-6%) y la malabsorción intestinal².

Nuestro caso es una diverticulosis generalizada que presentó dos complicaciones: el sobrecrecimiento como causa de diarrea crónica y fiebre y la diverticulitis aguda. El diagnóstico de estas complicaciones puede ser difícil, ya que puede confundirse con entidades⁵ como la enfermedad

inflamatoria intestinal, cuyo manejo es muy distinto.

Se consideró que la diarrea tenía una etiología multifactorial (pancreatitis crónica calcificante de origen indeterminado, colecistectomía previa y trastorno motor severo que había condicionado el desarrollo de múltiples divertículos en intestino delgado). La fiebre y el dolor abdominal se explican por probable sobrecrecimiento bacteriano y el episodio de diverticulitis aguda del divertículo ileal, sin que se tenga constancia de enfermedad inflamatoria intestinal. En relación con las adenopatías observadas en la TAC, es probable que correspondieran realmente a los divertículos de intestino delgado y que la supuesta enfermedad inflamatoria de íleon distal fuese la consecuencia de una diverticulitis a ese nivel.

BIBLIOGRAFÍA

1. Longo WE, Vernava AM 3rd. Clinical implications of jejunoileal diverticular disease. *Dis Colon Rectum* 1992;35:381-8.
2. Albert JG, Lübbert C, Surow A, Zeuzem S. Small bowel diverticula – unknown disease. *Z Gastroenterol.* 2009; 47:674-81.
3. Akhrass R, Yaffe MB, Fischer C, Ponsky J, Shuck JM. Small bowel diverticulosis: perceptions and reality. *J Am Coll Surg* 1997; 184: 383-88.
4. Gross SA, Katz S. Small bowel diverticulosis: An overlooked entity. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2003;6:3-11.
5. Kassahun WT, Fangmann J, Harms J, Bartels M, Hauss J. Complicated small-bowel diverticulosis: A case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2007; 13:2240-2.