

DIVERTÍCULO DUODENAL COMO CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

DUODENAL DIVERTICULUM AS A RARE CAUSE OF UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING

Díaz Alcázar MM, García Robles A, Martín-Lagos Maldonado A

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Resumen

Se presenta el caso de una paciente de 56 años que consulta por hematemesis y rectorragia. Tras estabilización hemodinámica se realiza endoscopia digestiva alta, en la que se observa lo que parece un divertículo duodenal con sangrado activo en la tercera porción duodenal, sin posibilidad de tratamiento endoscópico. Se realiza angiografía computarizada abdominal, objetivando una imagen de unos 15 mm compatible con formación diverticular que depende del borde superior de la tercera porción duodenal. Se identifica pequeña rama posterior de la arteria mesentérica superior en proximidad al divertículo, que se emboliza. A pesar del tratamiento persisten melenas y anemia, por lo que se decide realización de laparotomía con diverticulectomía.

La prevalencia de los divertículos duodenales se encuentra entre el 0,6 - 22%. La etiología de los divertículos adquiridos no es bien conocida, aunque se cree que la mucosa se hernia en zonas de

debilidad de la pared. En la mayoría de los casos son incidentales, y solo en el 1 - 5% se producen síntomas. La hemorragia por divertículos duodenales es rara, y suele ocasionarse en la tercera y cuarta porción duodenal. Se debe considerar el sangrado de divertículos duodenales en hemorragias del tracto digestivo alto de origen no identificado. El tratamiento puede ser endoscópico, quirúrgico o embolización transarterial, aunque no hay consenso sobre la estrategia óptima.

Palabras clave: hemorragia digestiva alta, divertículo duodenal.

Abstract

We present the case of a 56-year-old patient who consults for hematemesis and rectorrhagia. After hemodynamic stabilization, upper gastrointestinal endoscopy is performed, in which we observe what looks like a duodenal diverticulum with active bleeding in the third duodenal portion, without the possibility of endoscopic treatment. Abdominal computerized tomography angiography is performed, finding an image of about 15 mm congruent with a diverticular formation that depends on the upper edge of the third duodenal portion. A small posterior branch of the superior mesenteric artery is identified near the diverticulum, which is embolized. Despite the treatment, melena and anemia persist, so laparotomy with diverticulectomy is performed.

CORRESPONDENCIA

María del Mar Díaz Alcázar
Hospital Universitario Clínico San Cecilio
18016 Granada
mmardiazalcazar@gmail.com

Fecha de envío: 29/08/2020

Fecha de aceptación: 04/10/2020

The prevalence of duodenal diverticula is between 0.6 - 22%. The etiology of the acquired diverticula is not well known, although it is believed that the mucosa herniates through areas of weakness in the wall. They are usually incidental findings, and symptoms only occur in 1 - 5%. Bleeding from duodenal diverticula is rare, and is usually located in the third and fourth duodenal portions. Bleeding from duodenal diverticula should be considered when the origin of upper gastrointestinal bleeding is not identified. Treatment may be endoscopic, surgical, or transarterial embolization, although there is no consensus on the optimal strategy.

Keywords: upper gastrointestinal bleeding, duodenal diverticulum.

Cuerpo

El duodeno es la localización más frecuente de los divertículos sin contar la diverticulosis colónica, representa el 79% de los divertículos extracolónicos^{1,2}. En el 62% de los casos los divertículos se encuentran en la segunda porción duodenal, a 1,5 cm de la papila, seguidos en frecuencia por la tercera porción duodenal (30%)². Los divertículos se pueden complicar y producir obstrucción gastroduodenal, biliar y/o pancreática, hemorragia o perforación².

Se presenta el caso de una paciente de 56 años sin antecedentes de interés que consulta por hematemesis y rectorragia. Antecedente de consumo de de AINES por lumbalgia. A su llegada al servicio de Urgencias tuvo tendencia a la hipotensión. Análíticamente destaca hemoglobina 8,1 g/dl. Tras estabilización hemodinámica se realiza endoscopia digestiva alta con hallazgo de restos hemáticos frescos en duodeno procedentes de tramos más distales. En la tercera porción duodenal, no accesible endoscópicamente, se observa lo que parece un divertículo duodenal con sangrado activo (Figura 1). Dados los hallazgos, con poca posibilidad de manejo endoscópico, se realiza angiotomografía computarizada abdominal, en la que se observa imagen de unos 15 mm compatible con formación diverticular que depende del borde superior de la tercera porción duodenal (Figura 2). A dicho nivel se objetiva hiperdensidad endoluminal que sugiere contenido hemático. Tras la administración de contraste se identifica pequeña rama posterior de la arteria mesentérica superior en proximidad al divertículo, que se emboliza. A pesar del tratamiento por Radiología Intervencionista persisten melenas y anemia, por lo que se decide realización de laparotomía exploradora que confirma la existencia de un divertículo duodenal de unos 3 cm de cuello como causa del sangrado. Se realiza resección del divertículo. La paciente evoluciona adecuadamente tras la cirugía, sin datos de nuevo resangrado.

La prevalencia de divertículos duodenales se encuentra entre el 0,6 - 22% según el método diagnóstico empleado, siendo del 1-5% en técnicas radiológicas y del 11-22% en series de autopsias¹⁻³. Habitualmente se diagnostican en individuos de más de 40 años, aunque el 60% mayor de 70 años². No hay diferencias entre sexos².

La etiología de los divertículos adquiridos no es bien conocida^{1,3,4}. La hipótesis más aceptada es que la mucosa se hernia en zonas de debilidad de la pared, probablemente en las zonas en que los vasos entran en la submucosa^{1,3,4}. En la mayoría de los casos

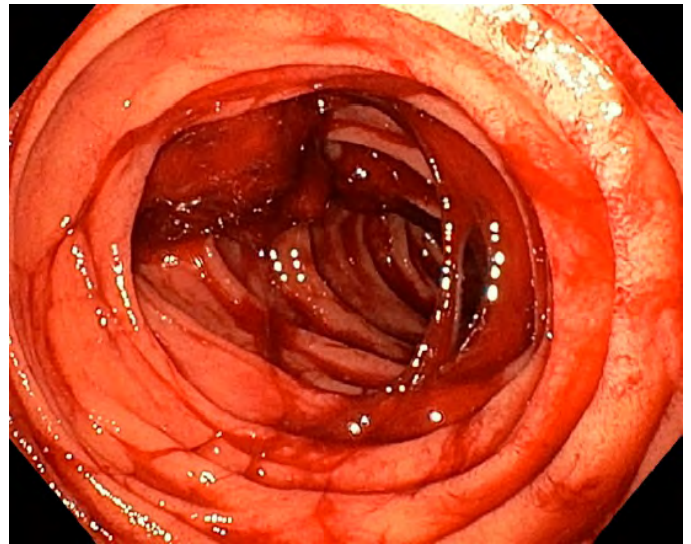


Figura 1

Imagen de endoscopia digestiva alta en la que se observa hemorragia digestiva activa con sospecha de origen en divertículo de tercera porción duodenal.



Figura 2

Imagen de angiotomografía computarizada abdominal con contraste en la que se confirma la existencia de divertículo duodenal con contenido hemático.

son incidentomas diagnosticados accidentalmente, y sólo en el 1-5% se producen síntomas¹⁻³. La clínica que producen incluye dolor abdominal, náuseas y vómitos¹.

La incidencia de complicaciones de divertículos duodenales es desconocida, pero la hemorragia es rara¹⁻³. Los divertículos duodenales son más frecuentes en la segunda porción duodenal, aunque la hemorragia por divertículos duodenales suele ocasionarse en la tercera y cuarta porción duodenal¹⁻⁴. El sangrado diverticular puede deberse a mucosa gástrica ectópica similar al divertículo de Meckel, inflamación del divertículo, erosión de un vaso en el divertículo por bezoar o cuerpo extraño, formación de una fístula aortoentérica o malformaciones arterio-venosas o angiodisplasias¹⁻⁴.

Causas menos frecuentes incluyen lesiones de Dieulafoy o pólipos intradiverticulares¹.

El diagnóstico de la hemorragia por divertículos es difícil, y a menudo tardío². La clínica suele ser melenas, más raramente ocasiona hematemesis o hematoquecia^{2,3}. También puede manifestarse como sangrado crónico, lento y oculto². Se debe considerar el sangrado de divertículos duodenales en hemorragias del tracto digestivo alto de origen no identificado³. En estos casos se recomienda la exploración de las porciones más distales del duodeno³.

El tratamiento de hemorragias originadas en divertículos duodenales puede ser endoscópico, quirúrgico o embolización transarterial por radiología intervencionista^{2,3}. No hay consenso sobre la estrategia óptima porque la experiencia es limitada³. Con respecto a la endoscopia digestiva alta, se recomienda como prueba diagnóstica inicial en el sangrado digestivo alto². Puede fallar en identificar el sitio de sangrado, fundamentalmente si este es masivo o distal². En ocasiones es difícil explorar completamente la segunda porción duodenal y zonas más distales³. Se podría emplear el capuchón para aumentar el alcance³. En caso de que la endoscopia no identifique la zona de sangrado se recomienda tomografía computarizada abdominal con contraste². El endoscopio de visión lateral se recomienda para terapéutica endoscópica². El tratamiento endoscópico debe ser cuidadoso, ya que los divertículos duodenales son pseudodivertículos sin capa muscular³. Para disminuir las complicaciones se considera que la técnica hemostática con menos riesgos es el uso de hemoclips³. La diverticulectomía quirúrgica es una alternativa a la endoscopia, aunque implica gran morbimortalidad².

Bibliografía

1. Chatila AT, Gou E, Abdulla H, Merwat S. Two cases of bleeding angiodysplasias within duodenal diverticulum. *ACG Case Rep J* 2019;6:6(3):e00027. doi: 10.14309/crj.0000000000000027.
2. Oukachbi N, Brouzes S. Management of complicated duodenal diverticula. *J Visc Surg* 2013;150(3):173-179. doi: 10.1016/j.jviscs.2013.04.006.
3. Onozato Y, Kakizaki S, Ishihara H, Iizuka H, Sohara N, Okamura S, et al. Endoscopic management of duodenal diverticular bleeding. *Gastrointest Endosc* 2007;66(5):1042-1049. doi: 10.1016/j.gie.2007.07.014.
4. Balkissoon J, Balkissoon B, Leffall Jr LD, Posey Jr DA. Massive upper gastrointestinal bleeding in a patient with a duodenal diverticulum: a case report and review of the literature. *J Natl Med Assoc* 1992;84(4):365-367.