

RETRO-NEUMOPERITONEO Y NEUMOMEDIASTINO COMO CONSECUENCIA DE PERFORACIÓN DE DIVERTÍCULO DUODENAL TRAS ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

RETRO-PNEUMOPERITONEUM AND PNEUMOMEDIASTINUM AS A CONSEQUENCE OF PERFORATION OF A DUODENAL DIVERTICULUM AFTER UPPER DIGESTIVE ENDOSCOPY

Garrido Márquez I, Martínez Martínez C, Moyano Portillo Á

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Resumen

La enfermedad diverticular del duodeno es una entidad poco frecuente. Suele ser asintomática y descubrirse de manera incidental pero, cuando existe sintomatología, se relaciona con alguna complicación, encontrándose entre éstas la perforación iatrogénica por endoscopia digestiva alta.

El diagnóstico precoz es fundamental para reducir la morbimortalidad, siendo la prueba de imagen de elección la TC abdominal, con visualización de gas extraluminal. Igualmente, el tratamiento debe ser precoz, y puede ser tanto conservador como endoscópico o quirúrgico, en función de la etiología y de la gravedad del paciente. Es importante que no se demore más allá de las 24 horas, debido a que el pronóstico dependerá directamente del intervalo de tiempo entre la perforación y el tratamiento.

CORRESPONDENCIA

Irene Garrido Márquez
Hospital Universitario Clínico San Cecilio
18016 Granada
igamar26@gmail.com

Fecha de envío: 13/07/2021

Fecha de aceptación: 15/10/2021

Palabras clave: neumoperitoneo, neumomediastino, divertículo duodenal, perforación, endoscopia.

Abstract

Diverticular disease of the duodenum is a rare entity. It is usually asymptomatic and is discovered incidentally but, when there are symptoms, it is related to any complication, including iatrogenic perforation by upper gastrointestinal endoscopy.

Early diagnosis is essential to reduce morbidity and mortality, the imaging test of choice being abdominal CT, with visualization of extraluminal gas. Likewise, treatment must be early, and can be as conservative as endoscopic or surgical, depending on the etiology and severity of the patient. It is important that it is not delayed beyond 24 hours, since the prognosis depends directly on the time interval between the perforation and the treatment.

Keywords: pneumoperitoneum, pneumomediastinum, duodenal diverticulum, perforation, endoscopy.

Descripción de la imagen

Presentamos un caso de una mujer de 79 años con antecedentes de hipertensión arterial, obesidad y dislipemia, que acude derivada de Digestivo al servicio de Urgencias por sospecha de perforación duodenal tras la realización de endoscopia digestiva alta por dispepsia durante ese mismo día. A la exploración física, el abdomen se encontraba globuloso, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, con defensa involuntaria sin otros signos de irritación peritoneal. En la analítica sólo destacaba una PCR de 6,4 mg/l. Ante la alta sospecha de perforación, se solicitó una TC abdominopélvica sin contraste intravenoso, en la que se objetiva abundante retroneumoperitoneo, neumoperitoneo en menor cuantía y moderado neumomediastino con burbujas aéreas que disecan los planos musculares torácicos derechos y ambos rectos abdominales (Figura 1 A y B). Se identificó, en cara anterior de la segunda porción duodenal, una imagen sugerente de divertículo duodenal con contenido aéreo en su interior que comunicaba con las colecciones aéreas abdominales y acompañado de rarefacción de la grasa en vecindad (Figura 1 C y D).

Estos hallazgos confirmaban la sospecha diagnóstica de perforación de divertículo duodenal tras exploración endoscópica.

La paciente fue operada de urgencia, realizándose laparotomía exploratoria con cierre primario del punto de perforación. Se administró antibioterapia empírica consistente en piperacilina-tazobactam 4g/6 horas y fluconazol intravenoso. A la semana realizó un cuadro de obstrucción intestinal secundario a adherencia, tratándose de forma conservadora. Se dio de alta tras dos semanas de la cirugía.

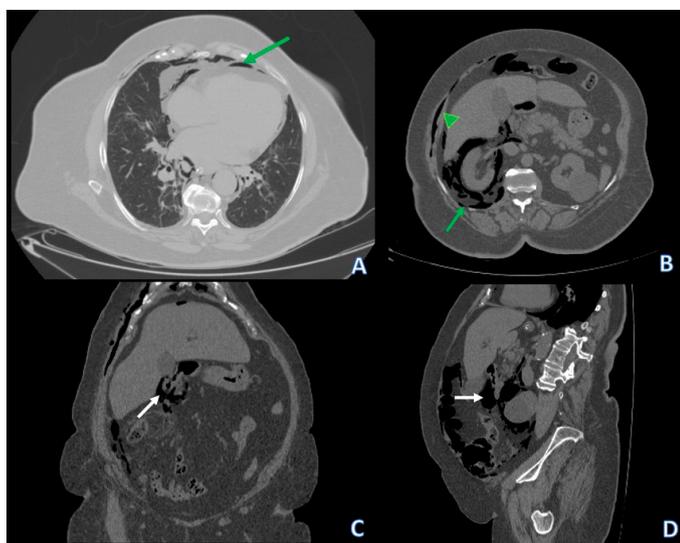


Figura 1

Imágenes de TC abdominopélvica sin contraste intravenoso en planos axial (A y B), coronal (C) y sagital (D). A. Corte de tórax donde se señalan burbujas de gas mediastínicas, en relación con neumomediastino. B. Corte de abdomen donde se aprecia retroneumoperitoneo y neumoperitoneo en menor cuantía (flecha fina y cabeza de flecha respectivamente). C y D. Cortes en donde se observa el divertículo duodenal perforado con gas adyacente (flechas blancas).

Comentarios a la imagen

La enfermedad diverticular del duodeno es una entidad poco frecuente debido a que, aunque la prevalencia de divertículos duodenales es relativamente alta, suelen acontecer de forma asintomática y descubrirse de forma incidental¹. Fue descrita por primera vez en 1710 por Chomel². La mayoría de los divertículos son múltiples y de ellos, el 62% se sitúa en la segunda porción¹.

La etiopatogenia es aún incierta, aunque se argumentan dos teorías: la congénita y la adquirida, esta última tanto por tracción, referida a procesos evolutivos retráctiles periduodenales, como por pulsión por obstáculos que impiden el tránsito duodenal³. Se consideran en su mayoría como divertículos verdaderos, es decir de etiología congénita, ya que cuentan con las tres capas en su espesor, sin embargo existen falsos divertículos, aunque en menor grado².

La predisposición hombre-mujer es de 1:1.6, con incremento de su incidencia a partir de los 50 años y ocasionalmente antes de los 30 años. Cerca del 90% de los pacientes cursan asintomáticos y cuando tienen clínica, usualmente se debe a las complicaciones: hemorragia digestiva, perforación, diverticulitis y obstrucción; estas dos últimas condicionadas por la falta de vaciamiento del divertículo. Las neoplasias son extraordinariamente anormales².

Dentro de las posibles complicaciones de los divertículos duodenales, la perforación constituye una rareza clínica. Entre sus causas, la úlcera péptica destaca como la dominante, ocurriendo en aproximadamente el 2-10% de pacientes con esta patología⁴. Entre otras etiologías encontramos los traumatismos (menos del 2% de lesiones duodenales), la perforación espontánea (más en neonatos) y la ingesta de cuerpos extraños (menos del 1% de los casos, teniendo más riesgo aquellos con morfología punzante, sin olvidar las endoprótesis que pueden erosionar la pared duodenal y provocar una fístula vásculo-entérica)³.

Otra posible causa son las perforaciones iatrogénicas, y dentro de ellas, la endoscopia digestiva alta. La presentación clínica de una perforación duodenal es difícil de diagnosticar a priori, puesto que algunos pacientes pueden acudir refiriendo dolor dorsal o lumbar, especialmente si la perforación es retroperitoneal, lo que puede crear confusión. Otros síntomas pueden ser fiebre, náuseas y vómitos⁵.

La TC es la prueba de imagen más útil para el diagnóstico⁵. La presencia de aire, líquido libre y/o extravasación de contraste pone de manifiesto la perforación y ocasionalmente el divertículo, que se visualizará como una lesión de morfología sacular con cuello que une con el duodeno¹.

El manejo de las perforaciones duodenales incluye estrategias conservadoras, endoscópicas y quirúrgicas, siendo los principales objetivos del tratamiento la reanimación, el control de la infección, apoyo nutricional y restauración de la continuidad del tracto gastrointestinal.

El tratamiento conservador inicial consiste en fluidoterapia intravenosa, antibióticos de amplio espectro, inhibidores de la bomba de protones intravenosos, inserción de sonda nasogástrica y erradicación de *H. pylori* en el caso de ser una perforación por úlcus duodenal⁴.

El tratamiento endoscópico es una modalidad de tratamiento atractiva debido a su naturaleza mínimamente invasiva. El cierre endoscópico temprano (<24 h) se considera técnicamente más fácil porque los cambios inflamatorios son menos pronunciados.

Por lo general, se recomienda el manejo quirúrgico si hay fuga libre de medio de contraste hacia la cavidad peritoneal, siendo de elección la reparación simple del punto de perforación, que se puede realizar como cierre primario con o sin la adición de un parche omental⁴.

En cuanto al pronóstico, la mortalidad aumenta cuando el retraso en el tratamiento es superior a las 24 horas principalmente.

Conclusión

Si bien la enfermedad diverticular del duodeno es una entidad clínica poco frecuente y la perforación es de las complicaciones menos habituales, con síntomas algo inespecíficos, la demora diagnóstica comporta tasas de mortalidad operatoria elevadas (30%), por lo que el diagnóstico precoz es fundamental para reducir la morbimortalidad.

Bibliografía

1. Castellví J, Pozuelo O, Vallet J, Sueiras A, Gil V, Espinosa J, et al. Divertículo duodenal perforado. *Cir Esp*. 2006; 80(3):174-5.
2. Guardado-Bermúdez F, Ardisson-Zamora FJ, Rojas-González JD, Medina-Benítez A, Corona-Suárez F. Divertículo duodenal perforado. Reporte de caso y opciones de tratamiento. *Cir Cir* 2013; 81:340-7.
3. Utor Fernández DA, Serrano Borrero I, Sacristán Pérez C, Vázquez Gallego JM. Perforación de un divertículo duodenal. *Cir Andal*. 2013; 24:306-8.
4. Ansari D, Torén W, Lindberg S, Pyrhönen HS, Andersson R. Diagnosis and management of duodenal perforations: a narrative review. *Scand J Gastroenterol*. 2019; 54(8):939-44.
5. Shimada A, Fujita K, Kitago M, Ichisaka S, Ishikawa K, Kikunaga H, et al. Perforated duodenal diverticulum successfully treated with a combination of surgical drainage and endoscopic nasobiliary and nasopancreatic drainage: a case report. *Surg Case Rep*. 2020; 6(1):129.