

## Hemorragia digestiva recurrente en relación con divertículo yeyunal. Una rara asociación

### *Recurrent digestive haemorrhage in relation to jejunum diverticulosis. A rare association*

J.J. Vila<sup>1</sup>, B. Castán<sup>1</sup>, D. Carral<sup>1</sup>, M. Iñarrairaegui<sup>1</sup>, I. Amat<sup>2</sup>, A. Arín<sup>1</sup>, J.M. Zozaya<sup>1</sup>

#### INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva de origen yeyunal o ileal, aunque infrecuente, supone entre el 5 y el 30% de las hemorragias digestivas recurrentes. Esta hemorragia puede acompañarse de gran morbilidad y con frecuencia su diagnóstico causal es difícil. En nuestro medio las causas más frecuentes de hemorragia digestiva con origen en yeyuno o íleon son las malformaciones arteriovenosas y los tumores de intestino delgado<sup>1,2</sup>, siendo el sangrado por divertículos, si excluimos el divertículo de Meckel, una causa muy rara<sup>3</sup>.

Presentamos un caso de hemorragia digestiva recurrente en el que se objetivó, en una enteroscopia practicada de urgencia, sangrado activo en relación con un divertículo yeyunal. Los hallazgos de la intervención quirúrgica y el estudio anatómico-patológico confirmaron el diagnóstico.

#### CASO CLÍNICO

Mujer de 67 años con antecedentes de HTA y depresión, sin hábitos tóxicos. Ingresada en tres ocasiones en cuatro meses por otros tantos episodios de hemorragia digestiva alta, manifestada por melenas, requiriendo en el último ingreso transfusión de tres unidades de hemati-

es. En cada uno de estos ingresos se realizó gastroscopia sin encontrar hallazgos patológicos. En el segundo ingreso, se realizó además una colonoscopia, visualizando abundantes divertículos a lo largo de todo el colon sin signos de complicación y hemorroides internas; una radiología baritada gastro-intestinal, objetivando un divertículo en tercera porción duodenal y varias formaciones diverticulares en yeyuno proximal (Fig. 1); y una enteroscopia, en la que se apreciaron los divertículos ya conocidos por los hallazgos de la radiología, sin observarse complicación de los mismos. En el tercer ingreso, se completó el estudio con una arteriografía de tronco celíaco y arterias mesentéricas superior e inferior, sin encontrar hallazgos significativos, y se descartó la existencia de un divertículo de Meckel mediante estudio gammagráfico.

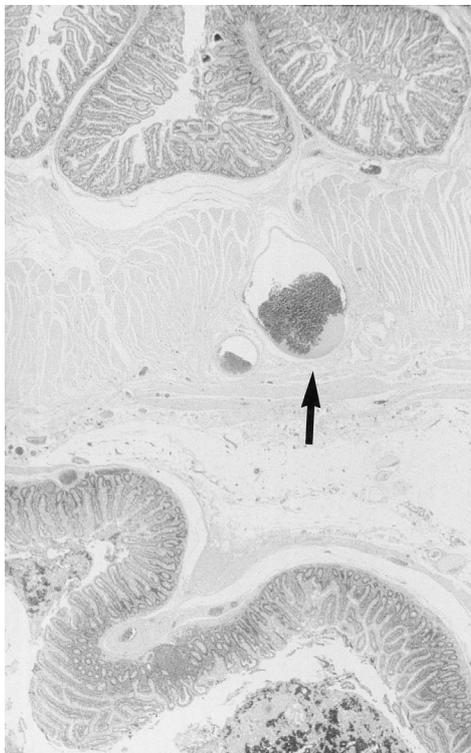
Con estos antecedentes, la paciente ingresa de nuevo refiriendo deposiciones melénicas de cuatro días de evolución, asociadas en esta ocasión a dolor leve en hemiabdomen derecho. La exploración física era normal y en la analítica presentaba valores de hemoglobina descendida (11,5 g/dl) y de urea elevados (80 mg/dl), siendo el resto del hemograma y del perfil bioquímico normales. Dado que por los estudios previos se conocía la existencia de divertículos en duodeno y yeyuno, se realizó como primera exploración una enteroscopia de urgencia explorando hasta 160 cm desde arcada dentaria con el endoscopio rectificado, visualizando en yeyuno

ANALES Sis San Navarra 2002; 25 (1): 71-74.

1. Servicio de Digestivo. Hospital de Navarra. Pamplona.
2. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Navarra. Pamplona

#### Correspondencia

D. Juan J. Vila Costas  
Servicio de Digestivo  
Hospital de Navarra  
C/ Irunlarrea, 3  
31008 Pamplona  
Tfno. 948 422114  
E-mail: xoanxose@hotmail.com



**Figura 1.** Divertículo yeyunal con capa muscular adelgazada y contenido hemorrágico en su interior. En la parte central se aprecia un gran vaso que corresponde a una malformación vascular (flecha). H-E.



**Figura 2.** Tránsito intestinal baritado en el que se observan divertículos yeyunales (flechas).

restos hemáticos frescos y un divertículo del que rezumaba sangre continuamente. Se consideró que la lesión no era subsidiaria de tratamiento endoscópico, decidiéndose tratamiento quirúrgico de urgencia, apreciándose en la intervención un segmento yeyunal con seis divertículos y sangre luminal, realizándose resección de aproximadamente 50 cm de yeyuno con anastomosis termino-terminal.

El estudio anatómico-patológico de la pieza quirúrgica mostró la presencia de seis divertículos verdaderos. En uno de ellos, con contenido hemático en su luz, se observaron tres vasos sanguíneos de mediano y gran calibre recorriendo casi toda la base del divertículo con perfiles

irregulares y pared de espesor variable, y aspecto malformativo. Focalmente, el vaso más cercano a la mucosa formaba una evaginación hacia la luz del intestino (Fig. 2).

Tras un post-operatorio sin complicaciones la paciente fue dada de alta sin que haya presentado recidiva hemorrágica en los seis meses siguientes a la cirugía.

## DISCUSIÓN

La localización más frecuente de los divertículos de intestino delgado es la duodenal (45%), seguida de la ileal, donde se localiza el divertículo de Meckel (23%). Por

estudios radiológicos baritados, se estima una prevalencia para los divertículos duodenales del 6%, con una incidencia que aumenta con la edad; mientras la prevalencia de los divertículos yeyunales ronda el 0,26%<sup>4</sup>. Generalmente asintomáticos, su presentación clínica más habitual es en forma de dolor abdominal (49%) y/o hemorragia digestiva (29%)<sup>5</sup>, ambos síntomas presentes en nuestro paciente.

La hemorragia con origen en un divertículo intestinal suele presentar un curso clínico recurrente, siendo en ocasiones difícil llegar al diagnóstico, por lo que estos pacientes pueden requerir varios ingresos antes de llegarse a un diagnóstico de certeza.

El estudio diagnóstico de una hemorragia digestiva recurrente debe incluir una gastroscopia y, si ésta es normal, una colonoscopia. Debido a que lesiones gastroduodenales potencialmente sangrantes pueden no detectarse en la primera gastroscopia, se propugna la realización de una segunda gastroscopia intentando visualizar porciones distales de duodeno y, si es posible, yeyuno proximal, cuando el estudio inicial es normal<sup>2,6</sup>.

Clásicamente, cuando la gastroscopia y la colonoscopia son normales, el siguiente paso diagnóstico ha sido la realización de un estudio radiológico baritado de intestino delgado. Sin embargo, hoy en día ésta es una práctica controvertida dado el bajo rendimiento diagnóstico y los falsos positivos que presenta. Por eso, algunos autores propugnan pasar directamente a realizar una enteroscopia alta y una ileoscopia profunda con el enteroscopio<sup>1</sup>, cuyo rendimiento diagnóstico en el estudio de lesiones de intestino delgado oscila entre el 26-75%. Esta variabilidad podría ser debida a diferencias en la población estudiada, la longitud de intestino delgado examinado y la interpretación de las lesiones observadas<sup>6</sup>.

El enteroscopio puede ser introducido en el intestino delgado entre 40-150 cm más allá del ligamento de Treitz. Existe la posibilidad de utilizar un sobretubo para obtener mayor profundidad, aunque ésta es una práctica que tiende a desaparecer debido a que no está claramente demostrada su utilidad y además se asocia a un

aumento de las complicaciones<sup>1,7</sup>. También es posible realizar la enteroscopia con apoyo radiológico para medir más correctamente la profundidad alcanzada y la localización de las lesiones. No obstante, en el estudio realizado por Bouhnik y col, en el que hacían una estimación de la profundidad según la longitud del endoscopio introducido, obtenían un margen de error de sólo 10 cm con respecto al control por radiología<sup>2</sup>. Por tanto, tanto el uso del sobretubo como el apoyo radiológico son técnicas acompañantes a extinguir.

Se estima que tras el estudio enteroscópico una gran parte de intestino delgado permanece sin explorar, si bien en diversos estudios realizados sólo el 10% de las lesiones se localizan en esa porción de intestino no visualizada<sup>8</sup>. Ventajas adicionales de la enteroscopia son la posibilidad de obtener biopsias y realizar maniobras terapéuticas como polipeptomías, esclerosis de puntos sangrantes, colocación de clips hemostáticos y fulguración de lesiones vasculares.

Una técnica en desuso los últimos años es la enteroscopia tipo sonda, técnica prácticamente abandonada en nuestros días dadas sus desventajas con respecto a la enteroscopia: no dispone de canal para toma de biopsias, requiere varias horas por exploración, es muy molesta e incluso peligrosa para el paciente<sup>2</sup>.

Por último, hay que señalar que recientemente se ha desarrollado una nueva técnica endoscópica que permite la visualización no invasiva de la totalidad del intestino delgado. Consiste en la ingesta de una cápsula de 30 x 11 mm (*Given Imaging, Ltd*, Yoqneam, Israel) que contiene una cámara y que transmite imágenes obtenidas a su paso por el intestino durante un periodo de aproximadamente 7 horas, y a una frecuencia variable<sup>9</sup>. Sus ventajas fundamentales son la posibilidad de valorar todo el intestino delgado y ser una técnica no invasiva. Sus principales desventajas son que no permite realizar toma de biopsias ni maniobras terapéuticas. La indicación clínica principal de la cápsula endoscópica es el estudio de la hemorragia digestiva de origen indeterminado. Esta indicación fue aprobada en

Estados Unidos por la F.D.A. en agosto de 2001. En la actualidad, su eficacia clínica está siendo determinada y existen pocos estudios publicados. En uno de ellos realizado en perros a los que se implantó quirúrgicamente varias cuentas coloreadas a varios niveles de intestino delgado, la cápsula endoscópica alcanzó una sensibilidad mayor para su detección y una especificidad similar a la enteroscopia (64 *vs* 37% y 92 *vs* 97% respectivamente)<sup>10</sup>.

En caso de que no se localice el origen de la hemorragia con estas técnicas descritas debe completarse el estudio con una arteriografía, que preferentemente debería hacerse durante un episodio de sangrado activo, y un estudio gammagráfico de divertículo de Meckel.

Finalmente, como último recurso diagnóstico y a la vez terapéutico, resta la realización de una laparotomía con o sin enteroscopia intraoperatoria.

En resumen, en nuestra paciente la enteroscopia practicada de urgencia durante un sangrado activo permitió llegar al diagnóstico de certeza de hemorragia proveniente de divertículo yeyunal. Se desestimó la fulguración endoscópica dado que el sangrado procedía del fondo de un divertículo, por lo que no se veía adecuadamente el punto sangrante y se consideró que existía una alta probabilidad de provocar complicaciones. La laparotomía permitió confirmar el diagnóstico y realizar el tratamiento definitivo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. HAYAT M, AXON ATR, O'MAHONY S. Diagnostic yield and effect on clinical outcomes of push

enteroscopy in suspected small-bowel bleeding. *Endoscopy* 2000; 32: 369-372.

2. BOUHNİK Y, BITOUN A, COFFIN B, MOUSSAOUI R, OUDGHIRI A, RAMBAUD JC. Two way push videoenteroscopy in investigation of small bowel disease. *Gut* 1998; 43: 280-284.
3. SCHWESINGER WH, SIRINEK KR, GASKILL HV, VELEZ JP, COREA JJ, STRODEL WE. Jejunoileal causes of overt gastrointestinal bleeding: diagnosis, management and outcome. *Am Surg* 2001; 67: 383-387.
4. HARDFORD WV. Divertículos de la hipofaringe y el esófago, el estómago y el intestino delgado. En: Feldman M, Schar Schmidt BF, Sleisenger MH, ed. *Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento*. 6ª Ed. Philadelphia: WB Saunders, 1998: 334-342.
5. CHIU EJ, SHYR YM, SU CH, WU CW, LUI WY. Diverticular disease of the small bowel. *Hepatogastroenterology* 2000; 47: 181-184.
6. SHARMA BC, BHASIN DK, MAKHARIA G, CHHABRA M, VAIPHEI K, BHATTI HS et al. Diagnostic value of push-type enteroscopy: a report from India. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 137-140.
7. YANG R, LAINE L. Mucosal stripping: a complication of push enteroscopy. *Gastrointest Endosc* 1995; 41: 156-158.
8. ACOSTA N, CIVAC G. Long-term follow up after push-enteroscopy in patients with gastrointestinal bleeding of obscure origin (abstract). *Gastrointest Endosc* 1993; 39: A264.
9. GONG F, SWAIN P, MILLS T. Wireless endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2000; 51: 725.
10. APPELYARD M, FIREMAN Z, GLUKHOVSKY A, JACOB H, SHREIVER R, KADIRKAMANATHAN S et al. A randomized trial comparing wireless capsule endoscopy with push enteroscopy for the detection of small-bowel lesions. *Gastroenterology* 2000; 119: 1431-1438.