

## TCMD EN LA DIVERTICULITIS AGUDA DE INTESTINO DELGADO

**Tipo:** Presentación Electrónica Educativa

**Autores:** Silvana María Lara Fernández, Verónica Lorenzo Quesada, Victoria De Lara Bendahán, Laura García Camacho, Gloria Porcuna Cazalla, Carlos Borrega Harinero

### Objetivos Docentes

-Revisar la diverticulitis de intestino delgado, la cual es una patología poco frecuente, así como sus posibles complicaciones (perforación, absceso y fístula).

-Reconocer los hallazgos radiológicos en TCMD que nos hacen sospechar esta patología, llevando a cabo un correcto diagnóstico diferencial.

### Revisión del tema

Los *divertículos intestinales* son herniaciones de la mucosa y submucosa a través de los pequeños defectos producidos en la muscular por la entrada y salida de los vasos sanguíneos.

Su localización más frecuente es el colon, especialmente el sigma, con una incidencia muy elevada.

Los *divertículos de intestino delgado* son mucho menos frecuentes que los del colon, pero no son inusuales, encontrándose de manera incidental hasta en el 2% de los estudios baritados (79% en duodeno, 18% en yeyuno e ileon y 3% afectando a los tres segmentos).

Suelen ser adquiridos y asintomáticos.

La patogenia no está clara, pero parecen intervenir en ella las alteraciones de la peristalsis, la disquinesia intestinal y la alta presión intraluminal.

La mayoría se componen de una fina pared de mucosa, submucosa y serosa, ocurriendo de forma más frecuente en el borde mesentérico del intestino.

La mayor incidencia tiene lugar en la 6<sup>a</sup>-7<sup>a</sup> década de la vida.

Aunque la mayoría son asintomáticos, algunos pacientes pueden presentar síntomas clínicos poco específicos como molestias abdominales o malabsorción por sobrecrecimiento bacteriano.

También pueden debutar con síntomas secundarios a una complicación como obstrucción intestinal, sangrado intestinal o diverticulitis.

La **diverticulitis de intestino delgado** es una causa muy poco frecuente de dolor abdominal agudo, en la que no hay síntomas ni signos patognomónicos.

Suele deberse a impactación de residuos alimenticios con posterior inflamación del divertículo. La diverticulitis a su vez se puede complicar con perforación, formación de absceso o de fístula interasas o enterocutánea.

Los hallazgos en TC ([Fig. 1](#), [2](#), [3](#), [4](#), [5](#), [6](#) y [7](#)) que nos hacen pensar en el diagnóstico de diverticulitis aguda de intestino delgado son:

- 1.- Visualización de un área focal de engrosamiento mural asimétrico, más prominente en la cara mesentérica.
- 2.- Evaginación en la cara mesentérica del intestino, sugestiva de divertículo inflamado (la reconstrucción coronal puede sernos de utilidad para visualizar el divertículo).
- 3.- Cambios inflamatorios asociados (aumento de la atenuación de la grasa adyacente, vasos prominentes...)
- 4.- Pueden observarse también divertículos cercanos no complicados.

El diagnóstico diferencial incluye:

- Perforación por cuerpo extraño (suele observarse una densidad lineal o curvilínea que representa el CE).
- Neoplasia de ID perforada (la que más se perfora es el linfoma, que suele presentarse como un área segmentaria anormal, en contraposición a la lesión focal de la diverticulitis).
- Ulceración de ID secundaria a AINES.
- Hematoma traumático.
- Enfermedad de Crohn (normalmente el proceso es segmentario, con proliferación fibrograsa, vasa recta prominente y afectación salteada).

Un diagnóstico específico no siempre es posible, requiriéndose en ocasiones una laparoscopia diagnóstica.

Las posibles complicaciones de la diverticulitis son:

- Perforación ([Fig. 8](#), [9](#), [10](#) y [11](#)): presencia de gas extraluminal abdominal
- Absceso ([Fig. 12](#)): presencia de pus coleccionado. Puede presentarse como colección de baja densidad (20UH) con realce periférico tras la administración de contraste iv o bien como una colección con un nivel hidroaéreo y/o gas en su interior.
- Fístula interasas o enterocutánea: comunicación anormal entre dos epitelios.

El tratamiento varía dependiendo del caso, realizándose tratamiento médico con reposo intestinal y ATB en los pacientes clínicamente estables y sin signos de complicación y tratamiento quirúrgico si existe perforación, absceso o hemorragia.

Revisamos los casos de diverticulitis aguda de ID diagnosticados en nuestro servicio en el último año, valorando en cada caso las complicaciones asociadas a los mismos (en dos de los casos se identificaron hallazgos radiológicos compatibles con perforación y absceso). Utilizamos para ello imágenes de TCMD realizadas con contraste oral e iv. Valoramos a partir de estos casos los hallazgos radiológicos más comunes de la diverticulitis de intestino delgado, así como el diagnóstico diferencial, las posibles complicaciones, las manifestaciones clínicas y el manejo terapéutico, a excepción del divertículo de Meckel.

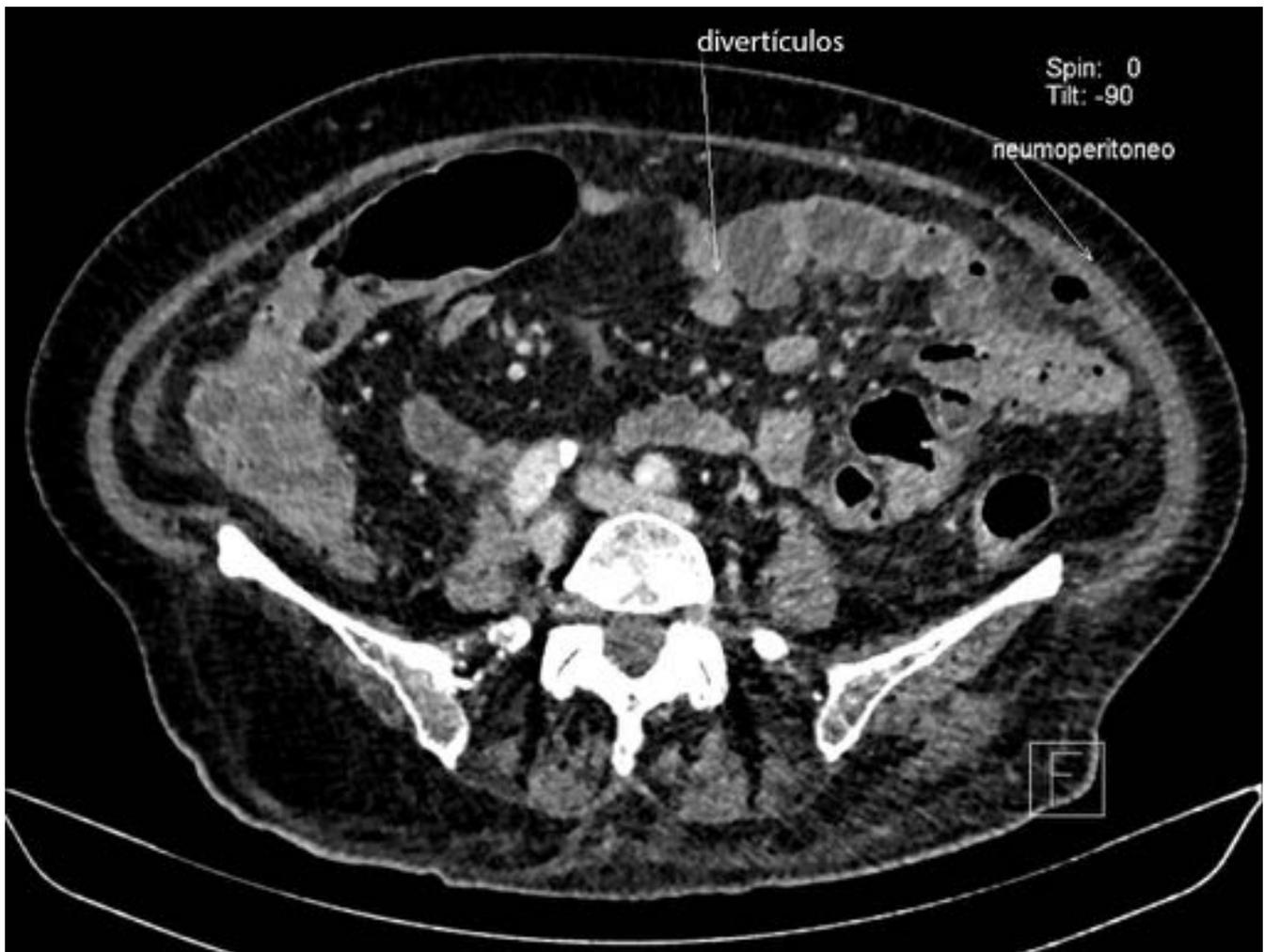
CASO 1 ([Fig. 1](#), [2](#) y [3](#)): Mujer de 84 años con dolor abdominal en flanco izquierdo, anemia y elevación de PCR. Se realiza TCMD con contraste iv observándose imágenes diverticulares de contenido

líquido dependientes de la cara mesentérica del yeyuno distal-ileon proximal, con aumento de densidad de la grasa adyacente y pequeñas burbujas de neumoperitoneo en esta localización, además de discreta cantidad de líquido libre perihepático. Se propuso como primera opción diagnóstica una *diverticulitis perforada de intestino delgado*. La cirugía confirmó el diagnóstico de diverticulitis yeyunal perforada con plastrón inflamatorio.

CASO 2 ([Fig. 4](#) y [5](#)): Mujer de 82 años con dolor abdominal y vómitos. Se realiza TCMD tras contraste oral e iv, apreciándose engrosamiento mural focal en la cara mesentérica de un segmento de yeyuno, colección adyacente con burbujas aéreas en su interior y paniculitis mesentérica, en probable relación con diverticulitis yeyunal complicada. La paciente fue sometida a resección segmentaria de delgado con anastomosis yeyuno-yeyunal, confirmándose el diagnóstico de *diverticulitis yeyunal complicada con perforación y absceso*.

CASO 3 ([Fig. 6](#) y [7](#)): Paciente varón de 67 años con dolor en FII y fiebre. Se realiza TCMD con contraste oral e iv. Se observa engrosamiento parietal del borde mesentérico de un segmento de yeyuno medio con importante reticulación de la grasa adyacente e ingurgitación vascular. Además se aprecian imágenes compatibles con divertículos a nivel yeyunal, lo cual sugiere como primera posibilidad diagnóstica la *diverticulitis yeyunal no complicada*. El paciente recibió tratamiento conservador con resolución de los síntomas.

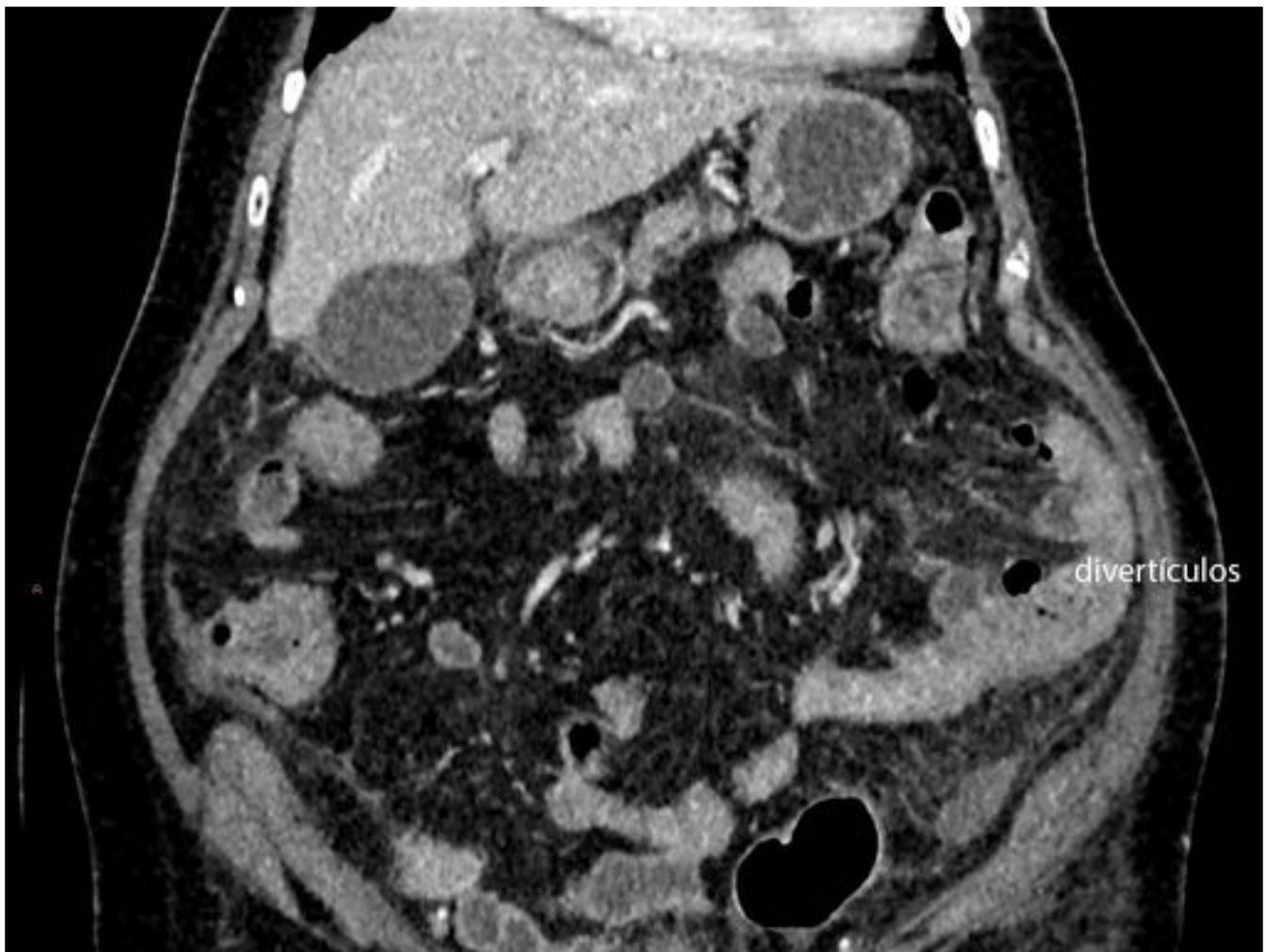
**Imágenes en esta sección:**



**Fig. 1:** Corte axial de TCMD con contraste iv. Se observan imágenes diverticulares en la cara mesentérica de yeyuno distal. Aumento de atenuación de la grasa adyacente y pequeñas burbujas de neumoperitoneo. Hallazgos en relación con diverticulitis de ID perforada, que posteriormente fue confirmada en la cirugía.



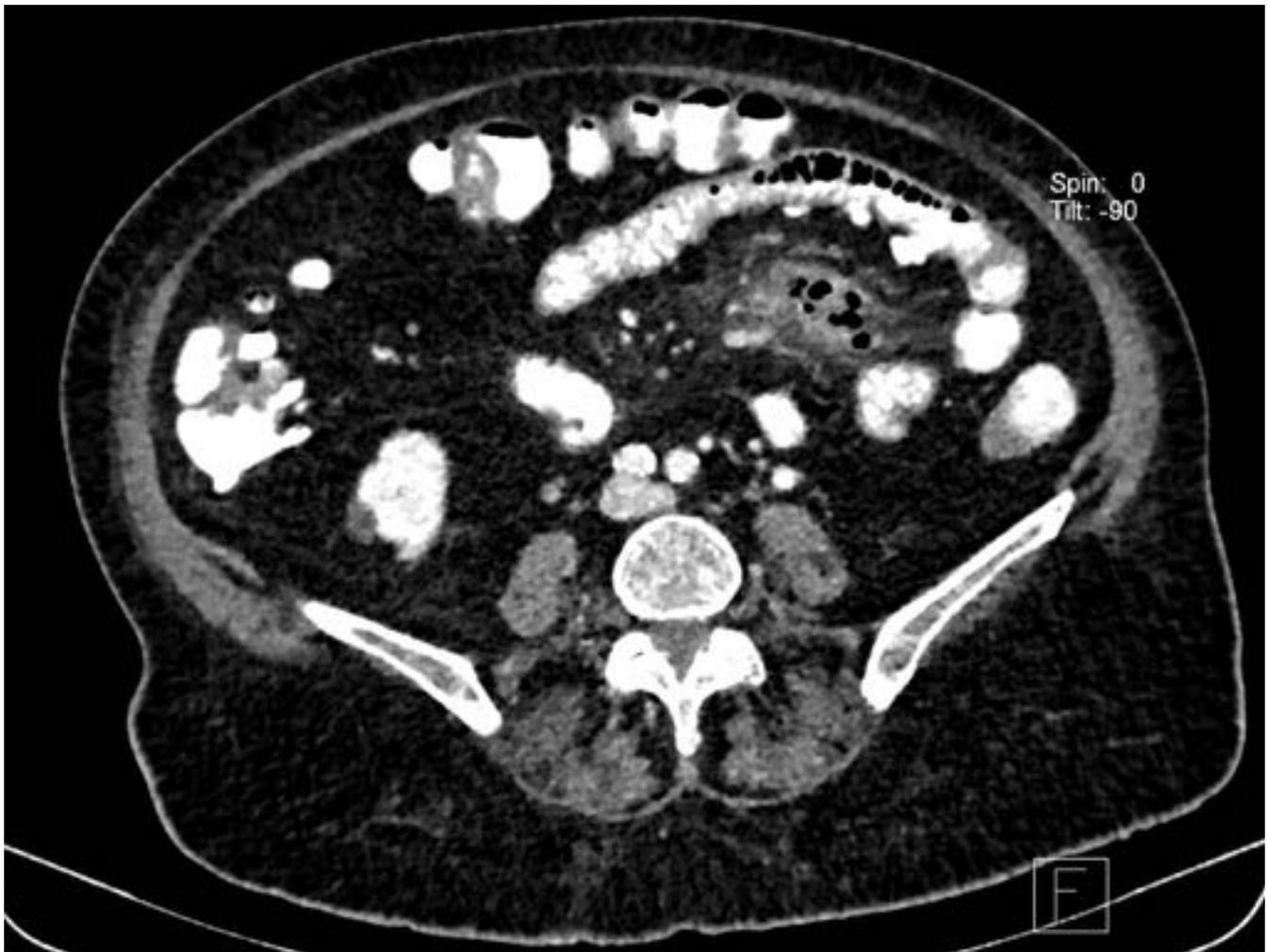
**Fig. 2:** Misma paciente que en figura 1. Reconstrucción coronal. Observamos los mismos hallazgos que en la imagen anterior con imágenes diverticulares yeyunales, cambios inflamatorios en la grasa y burbujas de neumoperitoneo. Además apreciamos discreta cantidad de líquido libre perihepático.



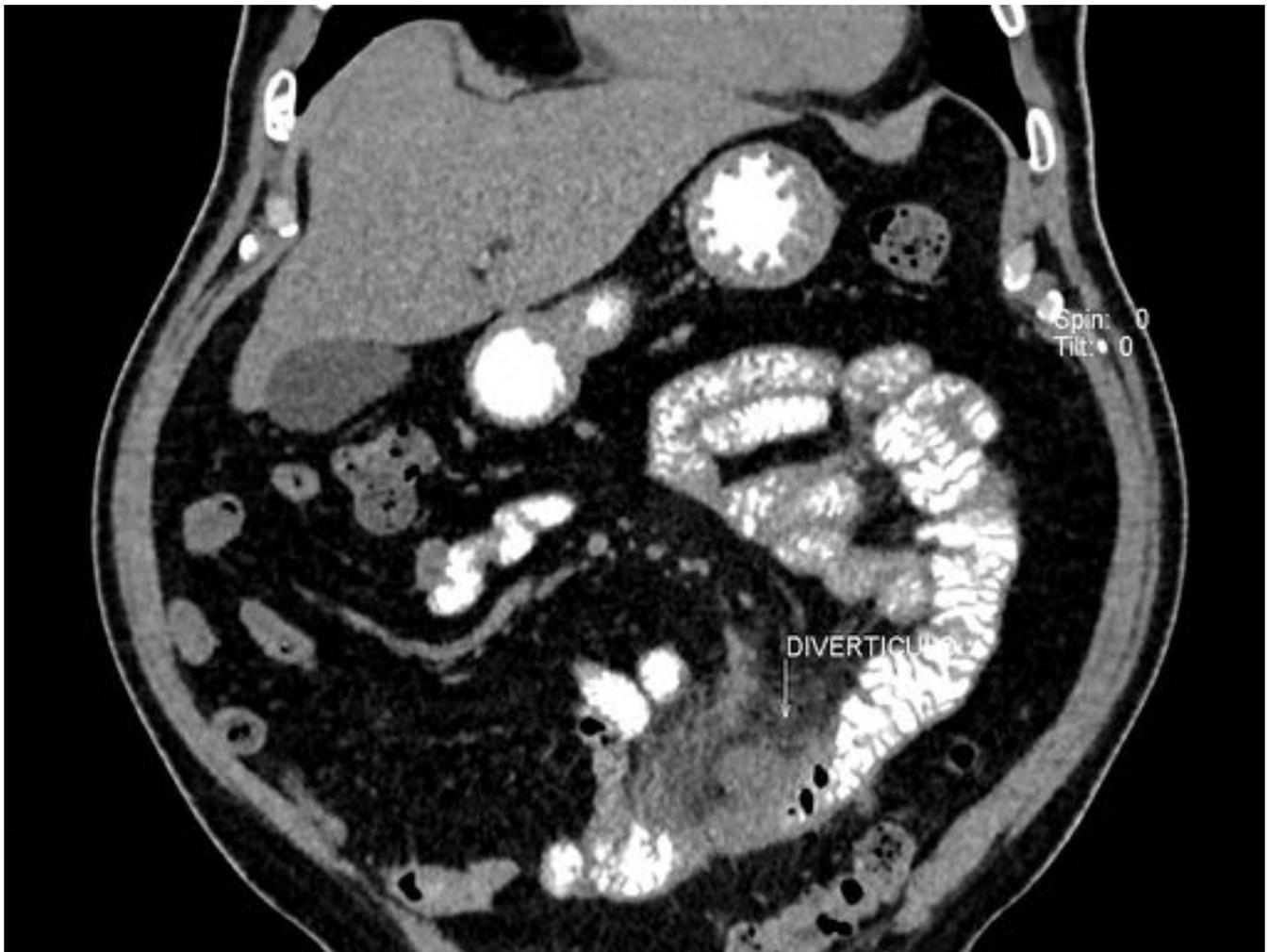
**Fig. 3:** Reconstrucción coronal en la misma paciente del caso 1 en la que se aprecian varias formaciones diverticulares con contenido líquido dependientes del borde mesentérico del yeyuno distal.



**Fig. 4:** Corte axial de TCMD con contraste oral e iv. Engrosamiento mural focal de un asa de yeyuno. Colección adyacente con burbujas aéreas en su interior, paniculitis mesentérica e imagen diverticular dependiente del borde mesentérico del yeyuno. Hallazgos compatibles con diverticulitis de ID, que también fue confirmada en la cirugía.



**Fig. 5:** Misma paciente que en la imagen anterior. Corte axial en el que observamos varias imágenes diverticulares dependientes del borde mesentérico del yeyuno. Colección con burbujas aéreas en su interior.



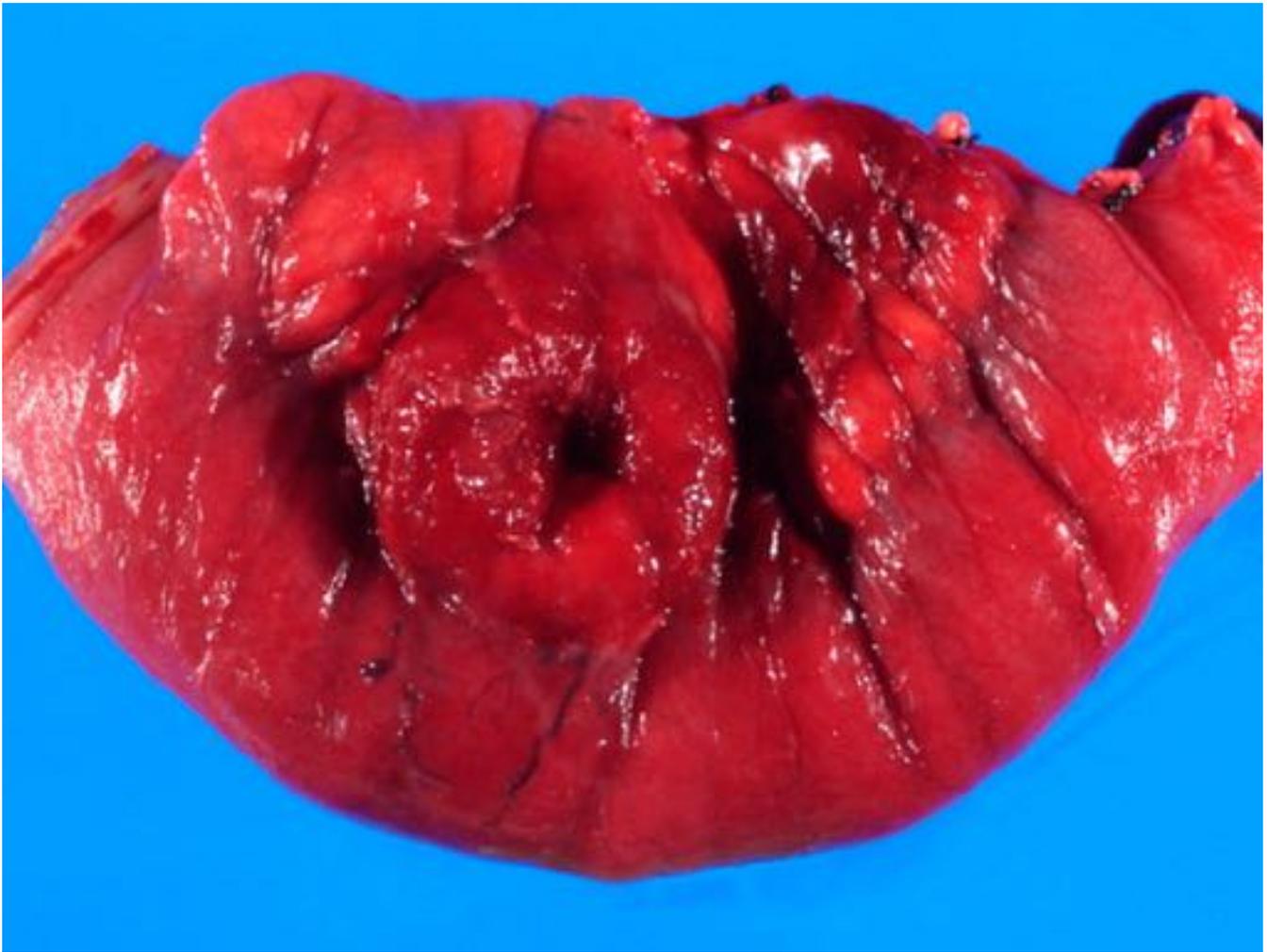
**Fig. 6:** Reconstrucción coronal de TCMD con contraste oral e iv. Engrosamiento parietal del borde mesentérico de un segmento de yeyuno. Importante reticulación de la grasa adyacente e ingurgitación vascular. Se propuso como primera opción diagnóstica diverticulitis de ID no complicada.



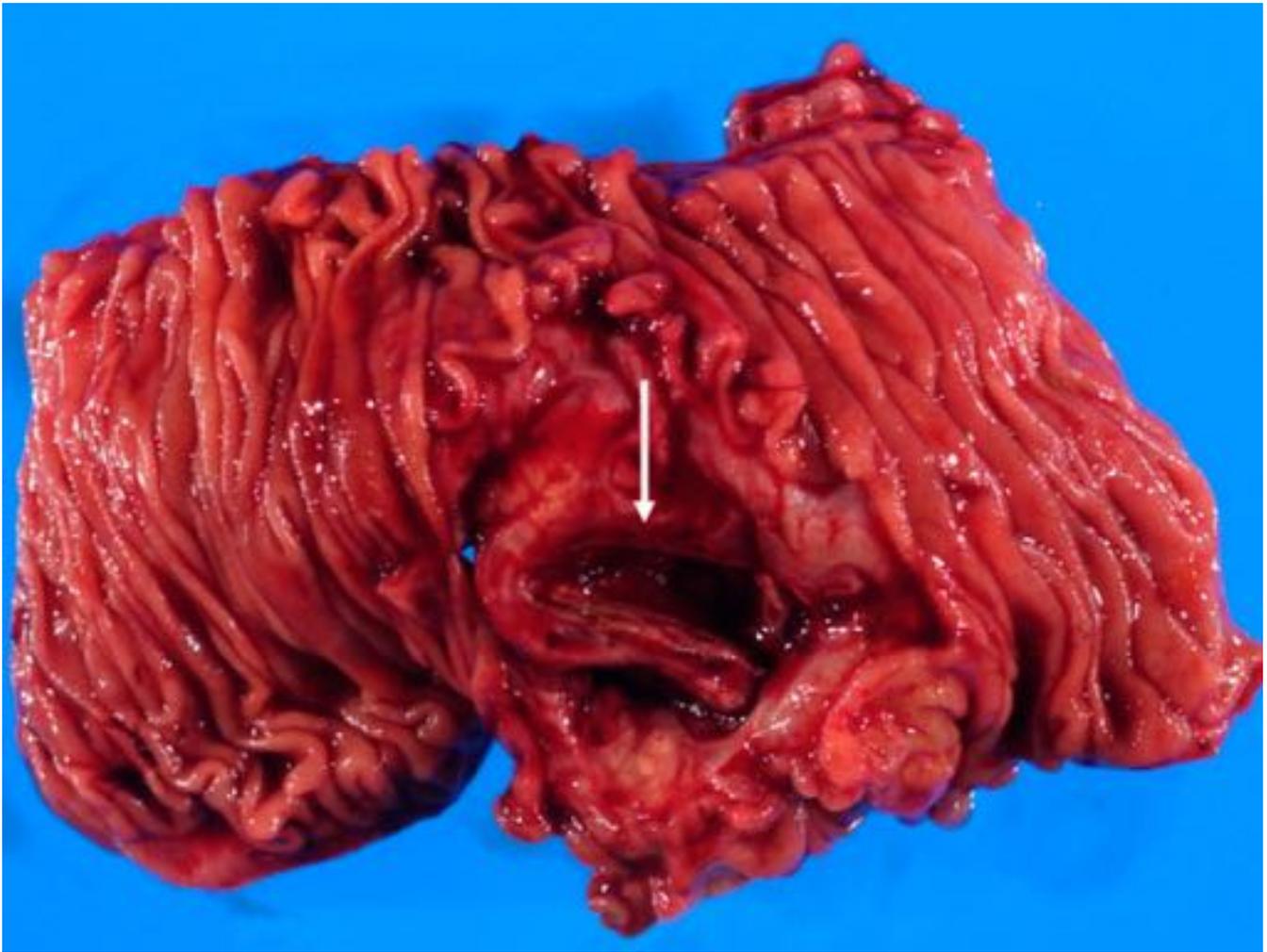
**Fig. 7:** Mismo paciente que en la figura 6. Reconstrucción coronal en la que visualizamos dos formaciones diverticulares en yeyuno.



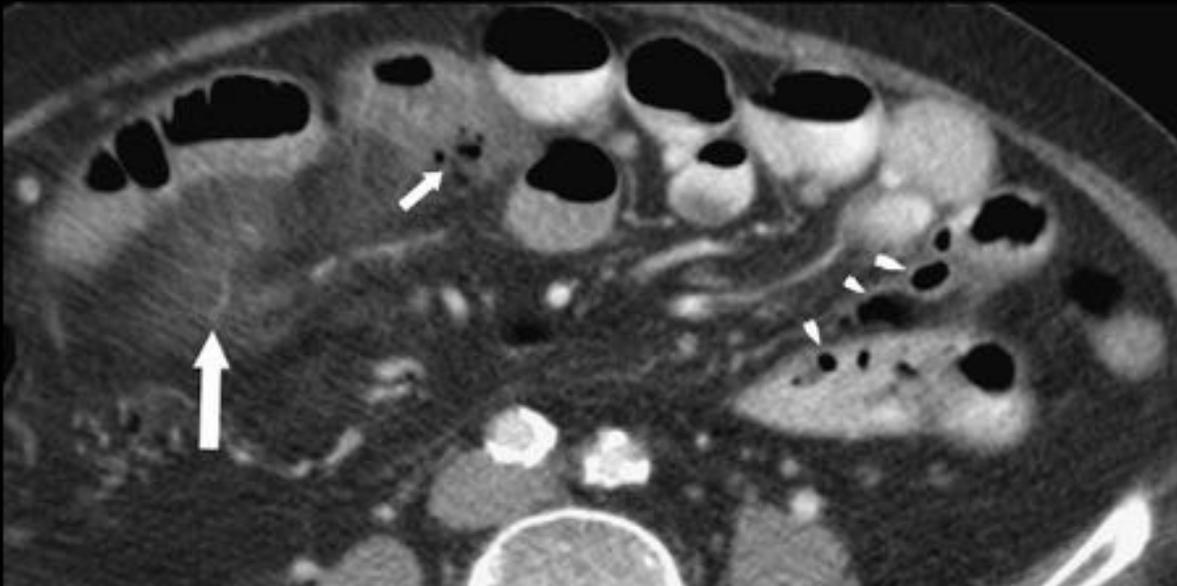
**Fig. 8:** Corte axial de TC con contraste oral e iv. Área focal de engrosamiento mural yeyunal, observándose una pequeña evaginación y festoneado de la grasa mesentérica. En el diagnóstico diferencial se incluyó perforación por cuerpo extraño, neoplasia perforada y diverticulitis yeyunal.



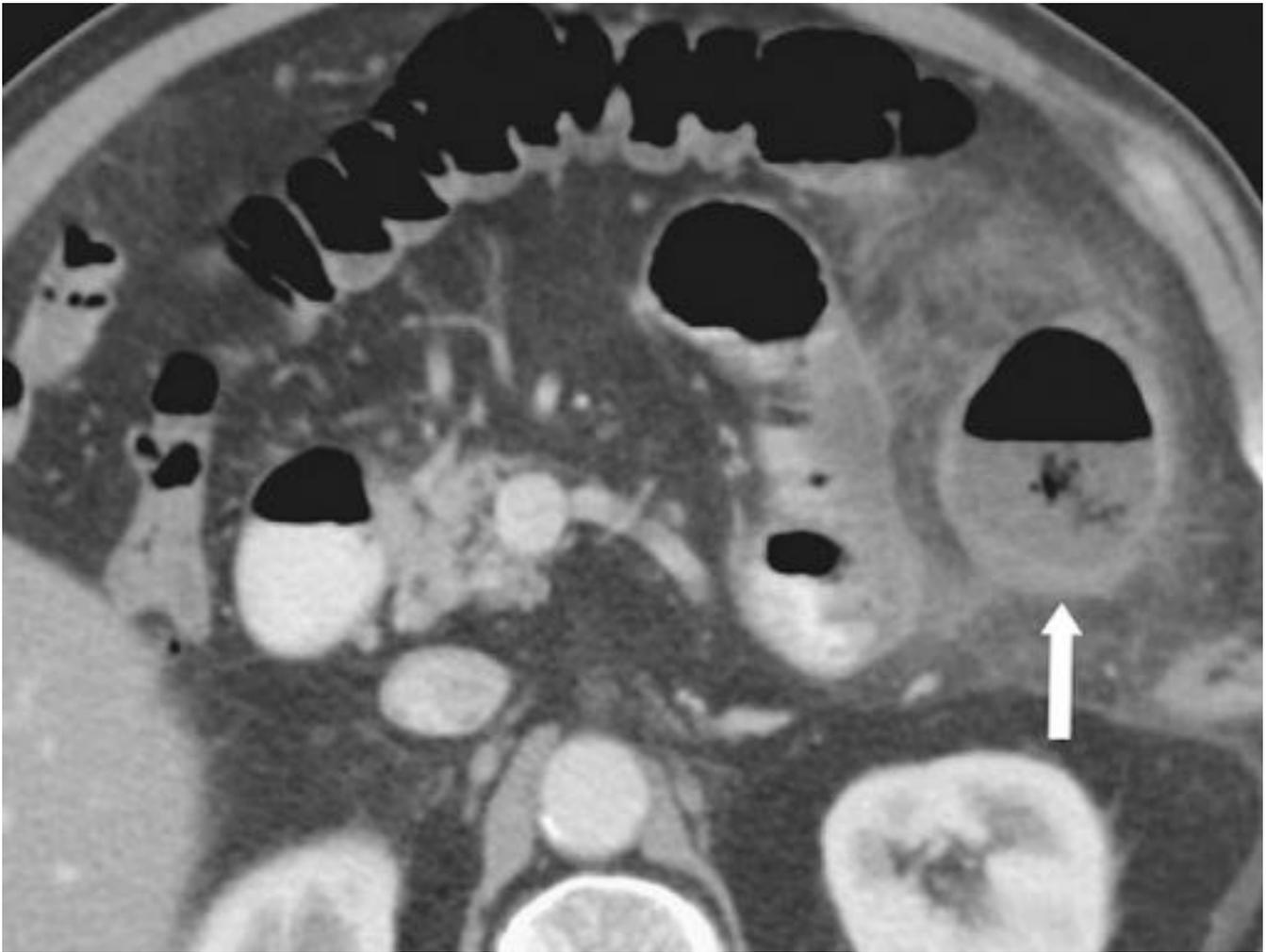
**Fig. 9:** Mismo paciente que en la imagen anterior. Pieza quirúrgica (cara serosa) que muestra un divertículo yeyunal perforado.



**Fig. 10:** Mismo paciente que en la imagen anterior. Pieza quirúrgica (cara mucosa) que muestra un divertículo yeyunal perforado.



**Fig. 11:** Imagen axial de TC que muestra edema de la grasa mesentérica (flecha larga) adyacente a un asa yeyunal y una pequeña colección de burbujas de gas extraentérico (flecha corta). Además se observan otros divertículos yeyunales no inflamados (cabezas de flecha). La cirugía confirmó divertículo yeyunal perforado.



**Fig. 12:** Imagen axial de TC que muestra una colección con contenido líquido y gas (flecha), adyacente a un asa de yeyuno con cambios inflamatorios asociados. El examen patológico del asa intestinal reseca confirmo el divertículo solitario perforado con un absceso asociado.

## Conclusiones

- Cuando en el TC visualizamos un engrosamiento focal en un segmento de intestino delgado con inflamación adyacente, hemos de hacer el diagnóstico diferencial entre varias entidades, entre las que se encontraría la diverticulitis aguda de ID, en la cual visualizaremos el divertículo con cambios inflamatorios.
- La diverticulitis de intestino delgado es una entidad muy poco frecuente con síntomas clínicos inespecíficos.
- Los estudios de imagen y en particular el TC, pueden ayudar a establecer el diagnóstico correcto para posteriormente realizar un adecuado tratamiento.

## **Bibliografía / Referencias**

- 1.- B. De Peuter, I. Box, R. Vanheste, S. Dymarkowski. “Small-bowel Diverticulosis: Imaging Findings and Review of Three Cases”, *Gastroenterology Research and Practice*, Vol. 2009, 1-3.
- 2.- F. Fintelmann, M.S. Levine, S.E. Rubesin. “Jejunal Diverticulosis: Findings on CT in 28 Patients”, *AJR* 2008; 190: 1286-1290.
- 3.- M. Macari, M. Faust, H. Liang, H.L. Pachter. “CT of jejunal diverticulitis: imaging findings, differential diagnosis, and clinical management”, *Clinical Radiology* (2007) 62, 73-77.
- 4.- M.D. Tadao Kubota. “Perforated jejunal diverticulitis”, *The American Journal of Surgery* 193 (2007) 486-487.
- 5.- R. Hyland, A. Chalmers. “CT features of jejunal pathology”, *Clinical Radiology* (2007) 62, 1154-1162.