

IMÁGENES EN PATOLOGÍA DIGESTIVA

Abdomen agudo por diverticulitis duodenal. Caso clínico

Antonio José Fernández López, Miguel González Valverde, Nuria Martínez Sanz, María Encarnación Tamayo Rodríguez y Antonio Albarracín-Marín-Blázquez

Servicio de Cirugía General. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

La diverticulitis duodenal es una complicación poco frecuente pero clínicamente importante, ya que se puede confundir con otros procesos patológicos de diferente manejo.

Varón de 82 años con antecedentes de hipertensión arterial y hemicolectomía izquierda por adenocarcinoma de colon, que consultó por dolor en epigastrio e hipocondrio derecho de 12 horas de evolución. Presentaba fiebre de 38,7 °C y, a la exploración, dolor en hipocondrio derecho con Murphy positivo. El hemograma mostraba $16,7 \times 10^9/L$ (88% neutrófilos). Se le realizó una ecografía abdominal, completada con tomografía computarizada (TC), que informó de diverticulitis duodenal periampular e inflamación vesicular por contigüidad (Fig. 1).

El cuadro remitió completamente tras tratamiento antibiótico (amoxicilina-clavulánico) durante 7 días. Los controles con ecografía y TC evidenciaron mejoría de la

diverticulitis con ausencia de otras complicaciones intraabdominales. El paciente fue dado alta asintomático pero volvió en dos ocasiones con el mismo diagnóstico, por lo que se decidió realizar resección del divertículo y colecistectomía. Transcurridos 6 meses, el paciente se encuentra asintomático.

El duodeno constituye la segunda localización más frecuente de divertículos del tubo digestivo (1-2%) tras el colon (5-60%) (1-3). Las complicaciones más frecuentes son la diverticulitis (20-25%), el sangrado y la perforación y, más raramente, la obstrucción biliar y la pancreatitis obstructiva (4). La diverticulitis duodenal está infradiagnosticada porque, al no existir datos patognomónicos, es confundida con otros procesos intraabdominales (4). El cuadro suele ir asociado a otra sintomatología gastrointestinal, de ahí el beneficio de disminuir diagnósticos diferenciales, como colecistitis, apendicitis retrocecal, úlcera duodenal perforada, pancreatitis, pseudoquiste y neoplasias pancreáticas, quiste de duplicación entérico infectado o duodenitis traumática o por enfermedad de Crohn (1,2). La TC es la prueba diagnóstica ideal para el diagnóstico de la patología diverticular del tracto digestivo superior (4). El tratamiento definitivo es quirúrgico, mediante diverticulectomía o resección duodenal.

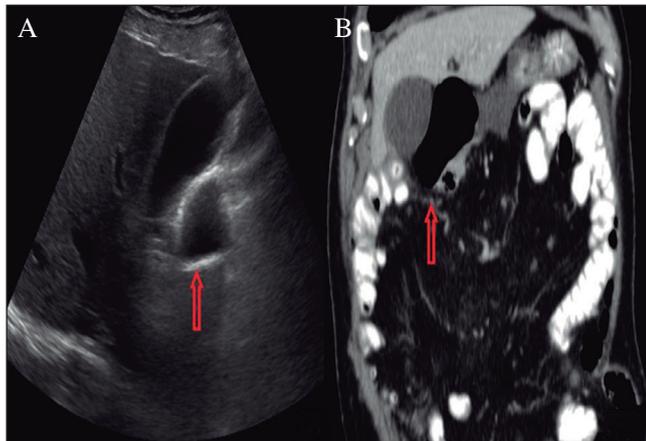


Fig. 1. A. Ecografía abdominal que muestra vesícula alitiásica de paredes engrosadas y voluminoso divertículo en la primera porción duodenal, compatible con diverticulitis duodenal. B. Imagen tomográfica de diverticulitis aguda con aumento de atenuación peridiverticular en contacto con la vesícula biliar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kassir R, Boueil-Boulier A, Baccot S, et al. Jeuno-ileal diverticulitis: Etiopathogenicity, diagnosis and management. *Int J Case Reports* 2015;10:151-3. DOI: 10.1016/j.ijscr.2015.03.044
2. Minicis S, Antonini F, Belfori V, et al. Small bowel diverticulitis with severe anemia and abdominal pain. *World J Clin Cases* 2015;3:462-5. DOI: 10.12998/wjcc.v3.i5.462
3. Rodríguez M, Artigas V, Trías M, et al. Enfermedad diverticular: revisión histórica y estado actual. *Cir Esp* 2001;70:253-60. DOI: 10.1016/S0009-739X(01)71893-3
4. Schroeder TC, Hartman M, Heller M, et al. Duodenal diverticula: potential complications and common imaging pitfalls. *Clin Radiol* 2014;69:1072-6. DOI: 10.1016/j.crad.2014.05.103