

Sangramiento digestivo alto por divertículos yeyunales

Upper Digestive Bleeding due to Jejunal Diverticula

Armando Leal Acosta^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-7740-9483>

Armando Leal Mursulí¹ <https://orcid.org/0000-0002-0632-9574>

Yuleidy Feliq Díaz¹ <https://orcid.org/0000-0002-1778-5348>

Yadira Anaya Mauri¹ <https://orcid.org/0009-0002-4201-987X>

Lourdes Chang Castillo¹ <https://orcid.org/0009-0007-3755-1075>

Hospital Universitario Dr. Miguel Enríquez. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: lealtorax1959@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El sangramiento digestivo alto constituye una enfermedad frecuente en Cuba, por lo que su conocimiento y tratamiento amerita una especial atención, al no ser muy común su presentación.

Objetivo: Presentar una paciente con sangramiento digestivo alto por divertículos yeyunales a partir del asa fija en el Hospital Universitario Dr. Miguel Enríquez.

Presentación del caso: Se presenta una paciente femenina de 72 años de edad, color de la piel mestiza, hipertensa, con antecedentes de dos cesáreas anteriores, tabaquismo y consumo de alcohol, que acude al centro de urgencia por un cuadro de distensión y dolor abdominal tipo cólico con reacción peritoneal, anemia y leucocitosis. El cuadro mejora con medidas descompresivas, pero se mantiene la reacción peritoneal y aparecen diarreas de contenido sanguinolento de origen alto y se decide su intervención quirúrgica de urgencia con el diagnóstico de isquemia intestinal mesentérica aguda. En el acto quirúrgico existió una enfermedad

diverticular que comenzaba en el asa fija hasta 50 cms de esta, inflamada y vestigios de sangramiento. Se decide la resección del asa afectada y se realizó una anastomosis mecánica a nivel del asa fija. Evolución satisfactoria y alta a los 9 días.

Conclusiones: Las suturas mecánicas en las anastomosis altas de las primeras asas yeyunales son las más recomendadas en este tipo de temida sutura intestinal.

Palabras clave: sangramiento digestivo alto; asa fija; resección; anastomosis mecánica.

ABSTRACT

Introduction: Upper gastrointestinal bleeding is a frequent disease in Cuba; therefore, knowledge about it, as well as its treatment, deserves special attention since its presentation is not quite common.

Objective: To present a patient with upper gastrointestinal bleeding due to jejunal diverticula from the fixed loop at Hospital Universitario Dr. Miguel Enríquez.

Case presentation: The case is presented of a 72-year-old female patient of mixed skin color, hypertensive, with a history of two previous cesarean sections, smoking and alcohol consumption, who comes to the emergency center with bloating and colicky abdominal pain accompanied by peritoneal reaction, anemia and leukocytosis. The condition improved with decompressive measures, but the peritoneal reaction persisted and diarrhea with bloody contents of high origin appeared; it was decided to perform emergency surgery with the diagnosis of acute mesenteric intestinal ischemia. In the surgical act, there was a diverticular disease starting in the fixed loop up to 50 cm of this, inflamed and with traces of bleeding. It was decided to resect the affected loop, and a mechanical anastomosis was performed at the level of the fixed loop. Satisfactory evolution and discharge after nine days.

Conclusions: Mechanical sutures in the high anastomosis of the first jejunal loops are the most recommended in this type of feared intestinal suture.

Keywords: upper digestive bleeding; fixed loop; resection; mechanical anastomosis.

Recibido: 23/03/2025

Aceptado: 16/04/2025

Introducción

Los *divertículos* son invaginaciones, protrusiones o hernias de la pared intestinal en todo su grosor o con más frecuencia de la mucosa y submucosa a través de las zonas por donde las arteriolas murales atraviesan la capa muscular del intestino.⁽¹⁾

Asientan en el duodeno (60-70 %), el yeyuno (20-25 %) y el íleo (5-10 %). Entre las yeyunoileales predominan las del yeyuno debido al mayor calibre de las arterias penetrantes en esa porción del intestino.^(2,3) El tamaño de estos divertículos puede alcanzar los 10 cm y decrecer en sentido yeyunoileal; soliendo ser múltiples.

En su etiopatogénesis al igual que en la diverticulosis colónica, una presión intraluminal elevada y crónica está implicada en la disquinesia y el peristaltismo descoordinado del intestino delgado.⁽⁴⁾

Su presentación en el intestino delgado es infrecuente con una incidencia del 0,5-2,3 % pero la incidencia real de los divertículos yeyunales se desconoce. Desde que fueron descritos en 1794 por *Soemmering* y *Baille*,⁽⁵⁾ han sido ampliamente considerados como una enfermedad de diagnóstico inhabitual. Ello se debe a su presentación clínica generalmente asintomática y a su emplazamiento en el borde mesentérico del intestino, lo que dificulta su identificación entre el tejido adiposo de este repliegue peritoneal. Se plantea que pueden incidir entre un 0,06-0,6 % hasta un 1,5-2,3 % de la población,^(2,3,4,6) con reportes fundamentalmente de autopsias que alcanzan entre el 4,6-7 %.^(7,8,9,10)

Un 10-30 % de los pacientes con esta afección experimenta complicaciones hemorrágicas, inflamatorias, oclusivas, perforativas, infecciosas o malabsortivas⁽⁷⁾

que de no ser diagnosticadas y tratadas de forma oportuna, algunas pueden conducir a un desenlace fatal.⁽³⁾

El objetivo fue mostrar una paciente con sangramiento digestivo alto por divertículos yeyunales a partir del asa fija en el Hospital Universitario Dr. Miguel Enríquez.

Presentación del caso

Se presenta una paciente de 72 años de edad, color de la piel mestiza con:

Antecedentes patológicos personales:

- Hipertensión arterial tratada de forma regular con enalapril,
- Antecedente de 2 cesáreas de 47 y 50 años de antigüedad.
- Trastornos dispépticos.

Hábitos tóxicos:

- Tabaquismo por más de 40 años.
- Consumo de alcohol más de tres veces a la semana por más de 20 años.

Antecedentes patológicos familiares: madre fallecida por cáncer de colon.

Llegó al servicio de urgencias del Hospital Universitario Dr. Miguel Enríquez refiriendo un dolor abdominal de inicio progresivo, localización difusa e intensidad 5/10 según la escala visual analógica (EVA) (<https://ulcerasfora.sergas.gal>), a tipo cólico y sin irradiación, acompañado de náuseas, cuatro vómitos posprandiales tardíos con restos de alimentos y ausencia de flatulencias.

Ingresó manteniendo el cuadro de náuseas, vómitos y dolor abdominal a tipo cólico, distensión abdominal con reacción peritoneal, el que con medidas descompresoras

mejoraba, pero no así la reacción peritoneal y apareciendo diarreas con contenido sanguinolento de origen alto y leucocitosis.

Se decide su ingreso al develar la exploración física:

- Signos vitales:
 - frecuencia cardiaca de 109 latidos/minuto,
 - presión arterial de 130/90 mmHg.

- Abdomen:
 - distensión abdominal simétrica y no a tensión,
 - ruidos hidroaéreos disminuidos,
 - dolor a la palpación superficial y profunda a predominio del mesogastrio,
 - reacción peritoneal en el hemiabdomen superior e inferior e hipertimpanismo generalizado.

- Tacto rectal se constató ampolla rectal vacía.

Entre las investigaciones complementarias realizadas destacaron los siguientes resultados:

- Hemoglobina: 8.5 g/L.
- Hematocrito: 34 %.
- Leucograma: 12 000 células/ μ L.
- Ionograma: Na⁺ (119 mEq/L), Cl⁻ (78 mEq/L).
- Gasometría arterial: pH = 7,15, HCO₃⁻ (17 mEq/L).
- Creatinina: 1 mg/dL.
- Radiografía simple de abdomen en bipedestación y proyección anteroposterior: niveles hidroaéreos en el intestino delgado.

Tras medidas descompresivas, la paciente comenzó a expulsar gases por el recto y presentó tres deposiciones diarreicas y eventual mejoría del cuadro oclusivo, dado por una disminución de la distensión y del dolor abdominal (EVA = 2/10). Sin embargo, la reacción peritoneal y las deposiciones continuaron, esta vez con contenido hemático de color rojo vinoso.

En estudios evolutivos, persistieron la leucocitosis y los hallazgos radiológicos.

Los antecedentes, el cuadro clínico, los datos del examen físico y la información proporcionada por los estudios complementarios condujeron a una impresión diagnóstica de isquemia mesentérica alta aguda por lo que se decidió su tratamiento quirúrgico.

Durante la laparotomía, se observó la distensión de asas del íleon terminal con signos de sufrimiento, así como múltiples divertículos en asas yeyunales, desde el asa fija hasta 50 cm de yeyuno, edematosos, con eritema, signos evidentes de sangrado reciente por contenido sanguinolento, no perforados y sin parches necróticos. Fueron aspirados, además, 400 mL de exudado supurativo. Se resecaron 60 cm de yeyuno (fig. 1) y se realizó una anastomosis laterolateral con suturador mecánico (Endogía PARTNER carga azul) a nivel del asa fija (fig. 2). Para lograr esta anastomosis, se tuvo que movilizar disecando y seccionando el músculo del duodeno o ligamento de Treitz, lo que posibilitó realizar una anastomosis a este nivel más segura al permitir una sutura intestinal sin tensión es decir más holgada y sin problemas para su vascularización, principios elementales para cualquier anastomosis intestinal (fig. 3).



Fig. 1- Segmento de yeyuno resecado donde se visualizan los divertículos yeyunales.

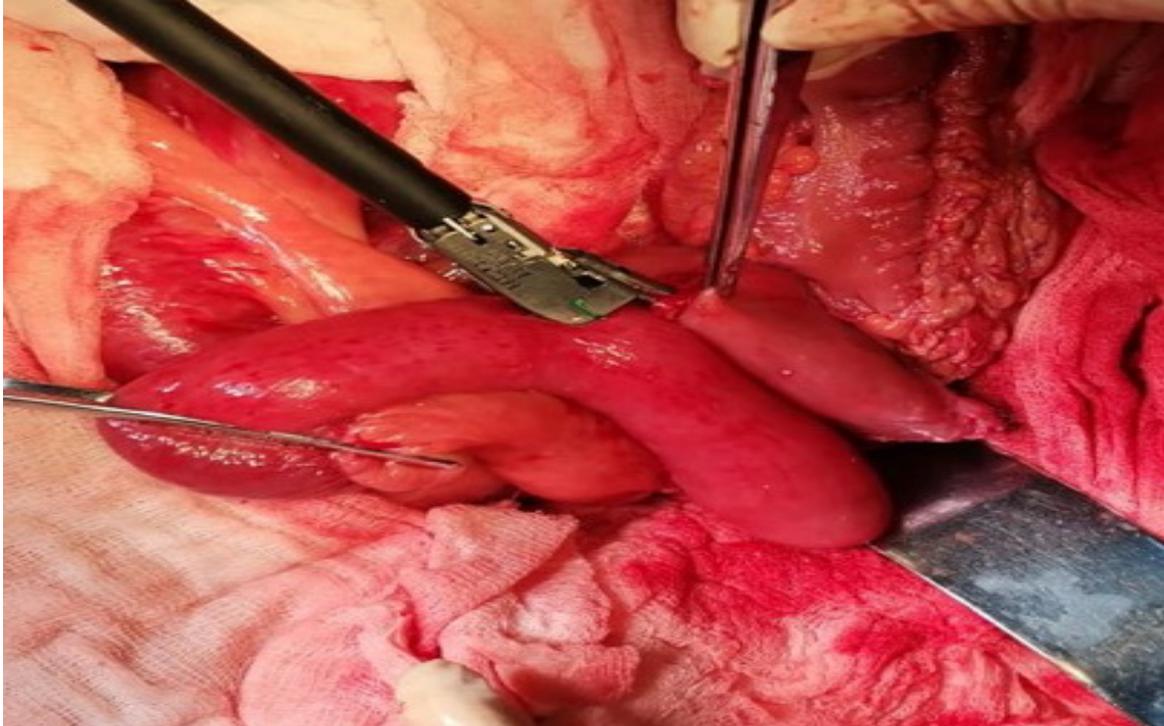


Fig. 2- Anastomosis mecánica laterolateral.



Fig. 3- Liberación del ligamento de Treitz y de asas para una anastomosis ideal.

El informe de anatomía patológica corroboró el diagnóstico quirúrgico y justificó la resección realizada: (B242673) intestino delgado correspondiente a yeyuno de 76 cms de longitud y 3,5 cms de diámetro con múltiples divertículos en el borde mesentérico que varían de 0,5 a 1 cm con ausencia de la capa muscular en la base de los divertículos, mucosa que muestra inflamación aguda y hemorragia reciente. Como la paciente se recuperó adecuadamente en el posoperatorio y evolucionó de modo favorable, se decidió su egreso hospitalario al noveno día de realizada la cirugía.

En este caso de probable isquemia mesentérica aguda complicada con diverticulitis yeyunal alta, las medidas preoperatorias, la intervención quirúrgica y el tratamiento posoperatorio oportuno garantizaron su recuperación satisfactoria.

Discusión

La aparición de divertículos yeyunales en individuos con menos de 40 años de edad es rara.⁽⁶⁾ Estos alcanzan su máxima frecuencia en hombres que se encuentran en la sexta o séptima décadas de la vida,⁽⁹⁾ de modo que su presentación en una fémica aporta interés al caso en cuestión.

Se asocian con enfermedades del tejido conectivo y trastornos de la motilidad intestinal y deben ser sospechados en presencia de divertículos del colon, al haberse encontrado su coexistencia hasta en un 60 % de los casos.⁽¹¹⁾ Aunque lo más frecuente es que se presenten de forma asintomática. No obstante, del 4 al 30 % de los pacientes pueden desarrollar síntomas.⁽¹²⁾ En esos casos, el cuadro clínico carece de elementos patognomónicos o distintivos^(9,10) al estar constituido por manifestaciones inespecíficas (dolor abdominal difuso, meteorismo, plenitud gástrica, náuseas, vómitos, diarrea, constipación, flatulencia, sangramiento), así como signos y síntomas de malnutrición por defecto y anemia.^(2,8)

Edwards⁽¹³⁾ y otros describieron en 1949 la tríada de la "dispepsia flatulenta": dolor epigástrico, malestar abdominal y flatulencia una o dos horas después de las comidas, la cual tiene cierto valor orientador en su sospecha y, ciertamente fue uno de los elementos recogidos como antecedentes patológicos relevantes en el caso que se presenta.

Esta enfermedad se diagnostica con mayor frecuencia mediante una tomografía computarizada, en la que los hallazgos son similares a los de la diverticulitis colónica de una bolsa (divertículo) llena de aire, heces o agente de contraste, con engrosamiento mural debido a miocosis (hipertrofia del músculo circular) generalmente mayor de 4 mm, el que causa un estrechamiento irregular de la luz intestinal, así como un estrangulamiento e infiltración de la grasa circundante asociada.⁽¹⁾ Con menor frecuencia se utiliza la enteroscopia de doble balón y la video cápsula endoscópica, con un éxito limitado. Resulta ideal el uso de enteroclisia con metilcelulosa, pues aumenta la distensión intestinal y mejora así el rendimiento diagnóstico del agente de contraste que la sigue.^(7,14)

La radiografía simple, la ecografía y la tomografía computarizada de abdomen pueden ser útiles en el diagnóstico de complicaciones inflamatorias, perforativas y obstructivas. La endoscopia, la gammagrafía y la arteriografía pueden ser de gran valor en el contexto de una hemorragia digestiva.

La cirugía (laparoscopia/laparotomía) es el método de referencia para el diagnóstico definitivo.⁽¹⁵⁾ Algunos de estos medios no se encontraban disponibles en el contexto en que se presentó el caso descrito.

En su diagnóstico diferencial^(1,9) debe realizarse con:

- las neoplasias perforadas,
- la perforación por cuerpo extraño,
- la ulceración del intestino delgado por el uso de antiinflamatorios no esteroideos,
- la enfermedad de Crohn,
- la perforación por diverticulitis colónica,
- la apendicitis aguda,
- la colecistitis aguda,
- los hematomas traumáticos, entre otros.

En la actualidad no está clara la decisión de tratamiento quirúrgico o no quirúrgico. dado que la mayoría de los casos asintomáticos y mínimamente sintomáticos documentados se resuelven espontáneamente sin secuelas. Por lo que se aconseja un enfoque conservador con tratamiento de las complicaciones al tener en consideración que, en el caso de resecciones, las anastomosis altas son muy temidas por el riesgo de dehiscencia que en estos casos son fatales.

Las dehiscencias son más frecuentes en estas anastomosis manuales altas por varias razones:

- no se disecciona bien el asa fija (sección del ligamento de Treitz y decolamiento duodeno-yeyunal) y las suturas quedan a tensión.
- en estas maniobras la irrigación se puede ver comprometida si la técnica quirúrgica no es meticulosa y con conocimiento anatómico de la zona, pues la misma es muy irrigada,
- el contenido intestinal de las primeras asas intestinales.

Características que pueden influir en las dehiscencias de las suturas manuales a este nivel, pues aunque la bilis y el jugo pancreático actúan disminuyendo la acidez del contenido intestinal duodenal esto aún no es suficiente para poder producir problemas graves de una sutura intestinal manual a este nivel.^(15,16,17)

En opinión de los autores, y a falta de estudios que demuestren una evidencia científica en este tipo de casos, se considera que la anastomosis mecánica es la más segura y dentro estas la laterolateral.

En este enfoque ocupa un lugar importante la antibioticoterapia endovenosa, la que debe ofrecer cobertura ante los principales gérmenes implicados: enterobacterias, *Bacteroides* spp., enterococos y *Pseudomona aeruginosa*.

Para infecciones no relacionadas con el nosocomio, se recomienda la combinación de ceftriaxona/ciprofloxacina/levofloxacina con metronidazol, así como la administración de moxifloxacino o amoxicilina-ácido clavulánico en monoterapia. Opciones como piperacilina-tazobactam, meropenem, imipenem, doripenem y cefepima + metronidazol se sugieren para infecciones graves o asociadas a los servicios sanitarios.⁽²⁾

La cirugía electiva debe reservarse para los pacientes con síntomas refractarios. La enterectomía del segmento afectado con anastomosis primaria es el tratamiento estándar; la yeyunostomía es razonable en pacientes en *shock* o de alto riesgo.

Las indicaciones de cirugía urgente son las mismas que en cualquier otra causa de abdomen agudo y sus tasas de mortalidad pueden alcanzar un 40 %.^(9,14)

Los factores de riesgo de evolución desfavorable son la edad avanzada, las comorbilidades, el retraso en el diagnóstico y la anastomosis alta manual en el asa fija.^(16,17) Sin lugar a dudas las anastomosis mecánicas son más seguras y rápidas de realizar⁽¹⁷⁾ lo que proporciona una mayor seguridad para el paciente, más en estos casos de anastomosis altas de yeyuno, en la que la acción de los jugos duodenales puede llevar al traste con una sutura manual. Por lo que se puede concluir que las suturas mecánicas en las anastomosis altas laterolateral de las primeras asas yeyunales son las más recomendadas en este tipo de temida sutura intestinal.

Referencias bibliográficas

1. El Amrani S, Imrani K, Moatassim N. A rare cause of acute abdomen pain: Jejunal diverticulitis. *Visual Journal of Emergency Medicine*. 2024;35:101981. DOI: [10.1016/j.visj.2024.101981](https://doi.org/10.1016/j.visj.2024.101981)
2. Chiorescu S, Mocan M, Santa ME, Mihăileanu F, Chiorescu RM. Acute complicated jejunum diverticulitis: a case report with a short literature review. *Front Med*. 2024;1111:1413254. DOI: [10.3389/fmed.2024.1413254](https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1413254)
3. Ma HC, Xiao H, Qu H, Wang ZJ. Successful diagnosis and treatment of jejunal diverticular hemorrhage by full-thickness enterotomy: A case report. *World J Clin Cases*. 2021;9(19):5232-7. DOI: [10.12998/wjcc.v9.i19.5232](https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i19.5232)
4. Rambarran P, Singh JP, Kinoo SM, Singh B. Bleeding Jejunal Diverticula: Always a Timely Reminder. *Indian J Surg*. 2024 [acceso 20/04/25] Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12262-024-04137-3>
5. Soemmering ST, Baille M. Anatomie des krankhaften Baues von einigen der wichtigsten Theile in menschlichen Korper. Berlin: Vossische Buchhandlung; 1794. [acceso 20/04/25]:1-97 Disponible en: <https://wellcomecollection.org/works/dm8pgr34>

6. Khsiba A, Bradai S, Mahmoudi M, Mohamed AB, Bradai J, Bouzaidi K, *et al.* Jejunal diverticulitis as a rare cause of abdominal pain: a case report. *The Pan African Medical Journal.* 2022;41(222). DOI: [10.11604/pamj.2022.41.222.29095](https://doi.org/10.11604/pamj.2022.41.222.29095)
7. Molina GA, Ojeda RH, Jimenez G, Heredia A, Cadena CA, Martic D. Small bowel volvulus due to jejunal diverticula: a rare case of acute abdomen. *J Surg Case Rep.* 2023;(5):rjad249. DOI: [10.1093/jscr/rjad249](https://doi.org/10.1093/jscr/rjad249)
8. Ibrahim AHM, Amer N, Alatooq HH, AlQatari AA, Abdulmomen AA. Jejunal diverticulosis: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2023;104:107946. DOI: [10.1016/j.ijscr.2023.107946](https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.107946)
9. Zafouri EB, Ben Ismail I, Sghaier M, Rebi S, Zoghلامي A. Jejunal diverticulitis: A new case report and a review of the literature. *Int J Surg Case Rep.* 2022;97:107395. DOI: [10.1016/j.ijscr.2022.107395](https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.107395)
10. Giuffrida M, Perrone G, Saverio SD, Annicchiarico A, Pattonieri V, Bonati E, *et al.* Jejunal diverticulitis: Things to know to prevent diagnostic mistake. *Acta Biomédica Atenei Parmensis.* 2021;92(S1):e2021154. DOI: [10.23750/abm.v92iS1.9679](https://doi.org/10.23750/abm.v92iS1.9679)
11. Ghandour R, Khalifeh G, Orm NB, Rakka M, Dbouk S, Sahili RE, *et al.* Jejunal diverticular disease: A report of three cases. *J Surg Case Rep.* 2020; 28;(11):rjaa472. DOI: [10.1093/jscr/rjaa472](https://doi.org/10.1093/jscr/rjaa472)
12. Praveena R, Ang CW, Lim HC, Wong MPK. Acute Abdomen caused by Perforated Jejunal Diverticulitis. *IJUM Medical Journal Malaysia.* 2021;20(3):143-5. DOI: [10.31436/imjm.v20i3](https://doi.org/10.31436/imjm.v20i3)
13. Edwards HC. IV. Diverticula of the Small Intestine. *BJR.* 1949 [acceso 15/12/2024];22(260):437-42. DOI: [10.1097/00000658-193602000-00006](https://doi.org/10.1097/00000658-193602000-00006)
14. Chung D. Jejunal diverticulosis - A case series and literature review. *Ann Med Surg (Lond).* 2022;75:103477. DOI: [10.1016/j.amsu.2022.103477](https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103477)
15. Cantão CAB, Feitosa MR, Godinho M, Scarpelini S, Féres O, Rocha JJR. Jejunal diverticulitis as a cause of acute abdomen. *J Coloproctology.* 2021;36:050-2. DOI: [10.1016/j.jcol.2015.08.007](https://doi.org/10.1016/j.jcol.2015.08.007)

16. Lebert P, Ernst O, Zins M. Acquired diverticular disease of the jejunum and ileum: imaging features and pitfalls. *Abdom Radiol.* 2019;44:1734–43. DOI: [10.1007/s00261-019-01928-1](https://doi.org/10.1007/s00261-019-01928-1)

17. Yuee Hu, Yanyan Q, Wei D, Yuxu Z, Haibo C. Complex intestinal fistula treatment and care: A case report and literature review. *Medicine.* 2024;15;103(46):e40511. DOI: [10.1097/MD.00000000000040511](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000040511)

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.