

DIVERTICULOSIS DUODENAL

Por Isaac Gru U.,
Interno de Clínica Quirúrgica.

La historia de los divertículos del duodeno comienza como una pura curiosidad anatómica (Chomel: 1710; Morgagni: 1761). Es más adelante un hallazgo quirúrgico, y comienzan a ser diagnosticados después de 1912 en el curso de exámenes radiológicos duodenales.

Frecuencia.—Según estadísticas de autores norteamericanos la diverticulosis duodenal ocupa el segundo lugar en orden de frecuencia después de la localización en el colon, que es la más común. Dicen ellos que se han encontrado en el 2% de un grupo de pacientes explorados con bario. En cambio, la escuela argentina sólo da un porcentaje del 1% en estudios radiológicos del duodeno. En nuestro medio es poco frecuente y todavía no se ha publicado una estadística precisa al respecto. Su incidencia es aparentemente igual en ambos sexos.

Localización.—En la primera porción son raros, alcanzan su máximo en la segunda, y se ven también en la tercera y cuarta. Su distribución es más o menos como sigue:

Segunda porción	75%
Tercera porción	15%
Cuarta porción	9%
Angulo de Treitz y Bulbo	1%

La mayoría (más del 95%) son de la concavidad del marco duodenal, pudiendo ser retropancreáticos, intrapancreáticos o más raramente prepancreáticos. Los de la convexidad son mucho menos frecuentes.

Número, tamaño y forma.—Son de ordinario únicos; los múltiples se presentan en individuos con divertículos en otros segmentos del tubo digestivo. Su tamaño es variable entre 0.5 y 10

cms. aproximadamente. En cuanto a forma, son redondeados u ovoides y están unidos al duodeno por un pequeño cuello.

Etiología y anatomía patológica.—Existen muchos indicios que abogan en favor de la existencia de una debilidad congénita de la pared duodenal en los casos de diverticulosis. Hay dos tipos: congénitos y adquiridos.

Los primeros resultan de invaginaciones embrionarias que aparecen durante el desarrollo del duodeno, como brotes que dan origen al páncreas, hígado y canales secretores. Esta malformación congénita puede subsistir durante toda la vida en forma latente y se acompaña a veces de otras malformaciones diverticulares. Están constituidos por todas las capas del órgano: mucosa, submucosa, muscular y serosa.

Los adquiridos se provocan por dos mecanismos: por tracción y por propulsión. Los de propulsión se deben a debilidad de la pared en los puntos creados por el paso de los vasos a través de las capas musculares, o de los conductos secretores del hígado y páncreas. Estos puntos son más frecuentes en la vecindad de la ampolla de Vater.

El aumento de la presión intraduodenal es el principal factor desencadenante, el cual puede ser provocado por estenosis (por cierre del compás mesentérico) o por espasmos que pueden acompañar a las lesiones ulcerosas, por bridas adherenciales (colecistitis con pericolecistitis), por tumefacciones intrínsecas o extrínsecas, etc.

Los de tracción serían debidos a adherencias con otros órganos, o porque las ramas terminales de las arterias pancreatoduodenales traccionarían de la mucosa hacia adentro, mientras que la pared duodenal sería llevada en sentido contrario, por procesos inflamatorios.

Para que un divertículo sea verdadero, la deformidad debe ser persistente, cubierta en su interior por mucosa, y que comunique con el duodeno.

Bonorino y Castex clasifican los divertículos en 4 grupos: a) Congénitos; b) adquiridos; c) ulcerosos (en la vecindad de las úlceras, y d) pseudo-divertículos o falsos divertículos, consecutivos a úlceras perforantes o terebrantes, a perforaciones de la vesícula biliar en duodeno u otros procesos que dejan trayectos o anfractuosidades fibrosas comunicantes con el duodeno.

Estos pseudodivertículos son más frecuentes en la primera porción y se acompañan casi siempre de úlceras pépticas. Para poder manifestar que un divertículo de la primera porción es ver-

dadero es necesario que el patólogo informe de la integridad de la mucosa que recubre estos sacos o bolsas.

Síntomas.— En general son asintomáticos y se les descubre radiológicamente a raíz de un examen del tracto digestivo, efectuado para estudiar cuadros que se sospechan ulcerosos, hepatovesiculares, pancreáticos o intestinales. Los síntomas aparecen cuando estas formaciones sufren un proceso de retención o de inflamación, pero por lo general, siempre pasan desapercibidos. Se distinguen 6 grupos: 1º Sin síntomas; 2º perturbaciones dispepticas; 3º simulando úlceras; 4º con vómitos y estenosis duodenal; 5º con síntomas de vías biliares (cólicos, ictericias); 6º con síntomas pancreáticos (dolor, heces grasosas, diarrea, anorexia, vómitos).

Edwards describe: 1º Forma de dispepsia flatulenta; 2º forma dolorosa pseudoulcerosa; 3º forma de obstrucción duodenal parcial periódica; 4º forma hemorrágica (melenas y hematemesis); 5º forma icterica (por coledocitis secundaria a diverticulitis perivateriana, compresión del colédoco); 6º forma pancreática (por pancreatitis de continuidad o compresión de los canales pancreáticos).

La forma más frecuente es la dispeptica, manifestada por dolor en relación con las comidas parecido al del ulceroso duodenal; o epigastralgias postprandiales que mejoran con el vómito o los cambios posturales, pesantez y distensión después de las comidas, punto duodenal doloroso al examen clínico.

Curutchet relata un caso de divertículo de la primera porción, que daba síntomas dispeptiformes similares a los de una úlcera duodenal cuando el paciente ingería alimentos de alto contenido celulósico. La explicación de esto se debe a los fenómenos mecánicos de retención y fermentación de los alimentos dentro de las bolsas diverticulares.

Complicaciones.—Se presentan con regular frecuencia; las principales son: a) Perforación; b) ictericia obstructiva por compresión de la ampolla de Vater o de la vía biliar principal; c) hemorragias que se manifiestan al exterior por hematemesis o melenas; d) obstrucción duodenal.

Morrison y Feldman relatan un caso de carcinoma primario de un divertículo duodenal, talvez único en la literatura mundial.

Diagnóstico radiológico.—En realidad es el único medio posible de llegar a un diagnóstico positivo de esta entidad. Radiológicamente pueden verse bien; cuando el relleno con mezcla opaca es escaso, se dibuja la mucosa duodenal que se continúa sin

interrupción del duodeno al divertículo. Debe hacerse estudio seriográfico, compresión sobre el bulbo y toma de placas en incidencias oblicuas para obtener un buen estudio que lleve al diagnóstico exacto.

La presencia de sombra opaca de contornos netos y hasta con burbujas de gas, persistiendo horas o días, después de la evacuación total de estómago y duodeno, puede ser su mejor expresión, debiendo ser diferenciada de los falsos divertículos por perforación duodenal. A veces se presentan llenos de aire. Los divertículos ulcerosos son pequeños y no muestran habitualmente retención.

Los del tercio medio de la segunda porción cuando son pequeños, pueden no ser diferenciados de una ampolla de Vater dilatada, a menos que se hagan visibles los conductos. Los del ángulo duodenoyeyunal y porciones que se ocultan detrás del estómago, son descubiertos al colocar el enfermo en decúbito dorsal, provocando el ascenso del estómago. Los del borde superior del límite entre primera y segunda porción y los del borde externo de la segunda, plantean diagnósticos diferenciales con fistulas colecistoduodenales con relleno considerable de la vesícula. La colecistografía ayudará en estos casos.

Tratamiento.—Bockus es partidario del tratamiento médico en todos los casos, salvo las siguientes excepciones: penetración en el páncreas, peri-duodenitis, obstrucción duodenal, hemorragias graves y repetidas, perforación, obstrucción de las vías biliares o ampolla de Vater.

El tratamiento médico consiste en un régimen dietético similar al de los pacientes ulcerosos, y la administración de antiácidos, antiespasmódicos y aceite mineral. Es importante el drenaje postural para evacuar los alimentos contenidos en su interior.

El tratamiento quirúrgico es muy variado: Gastroenterostomía, para dejar en reposo la lesión; gastrectomía; invaginación, suspensión del divertículo, desviándolo con el objeto de que se evacue mejor; extirpación, que parece ser el mejor método.

Para extirparlo, Mahorner propone la siguiente técnica: 1º Inyección de 30-40 cms. de aire en el duodeno mediante inserción de una aguja dentro del mismo; 2º Disección cuidadosa liberándolo de las estructuras vecinas hasta localizar su cuello, en el cual se coloca un clamp y se secciona el divertículo por encima de él; 3º Se cierra la comunicación por una sutura perforante total sobre el clamp, la cual se refuerza con una doble seroserosa

de puntos separados (Halsted o Lembert). Los resultados han sido excelentes según comunicación de los autores.

La tendencia actual se orienta hacia el tratamiento quirúrgico sistemático, una vez se haya hecho el diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA

1. Bockus. **Gastroenterología.**
2. Bonorino y Castex. **Enfermedades digestivas.**
3. Christopher. **Patología quirúrgica.**
4. Welch. **Surgery of the stomach Duodenum.**
5. **Prensa Médica Argentina**, junio de 1952.
6. **Prensa Médica Argentina**, abril de 1952.
7. **Year Book of General Surgery**, 1948.