

Tratamiento de divertículo dudodenal perforado mediante sutura y sellado con tachosil.

Bernardos García, C.; García Ruiz, S.; Muñoz Ortega, A.; Serrano Borrero, I.; Razak Mushref, A.
H.U.V.del Rocío. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Unidad de Cirugía Endocrina

Caso clínico

Mujer de 46 años de edad, sin antecedentes de interés ni tratamiento médico previo, que acude a Urgencias por cuadro de dolor epigástrico de inicio súbito con claro cortejo vegetativo (sudación, palidez y mareos) A su llegada se aprecia una paciente con regular estado general, afectada por el dolor. La exploración abdominal revela un abdomen levemente doloroso en epigastrio, sin datos de peritonismo y sin palpase masas ni visceromegalias.

Entre las pruebas realizadas encontramos una analítica general con discreta leucocitosis, sin hiperamilasemia ni hiperbilirrubinemia y con enzimas hepáticas normales. En el estudio radiológico de abdomen no se aprecian signos de obstrucción intestinal así como tampoco imagen de neumoperitoneo.

Dada la buena evolución de la paciente, que recibió un tratamiento conservador con dieta absoluta y analgesia, se planteó alta hospitalaria. No obstante, un brusco empeoramiento clínico con aparición de intenso dolor abdominal aunque con exploración abdominal sin peritonismo, hizo sospechar una perforación de víscera hueca. Se decide realizar ecografía abdominal en la que se apreció un divertículo en segunda porción duodenal de unos 3,5 centímetro de diámetro con pequeña cantidad de líquido circundante retroduodenal sin líquido libre intraabdominal, datos todos ellos que orientaban hacia el diagnóstico de divertículo duodenal perforado. Estos hallazgos fueron corroborados por el escáner al que se sometió a la paciente, en el que no se encontraron datos de afectación de otras vísceras abdominales.

Ante los hallazgos exploratorios y radiológicos, se decide realizar laparotomía exploradora urgente. En la intervención se aprecia líquido bilioso retroduodenal contenido en dicha localización sin líquido libre abdominal. Se decide realizar maniobra de Kocher exponiendo la cara posterior del duodeno, el cual se encuentra rodeado de tejido inflamatorio y fibrina que se extendía parcialmente hacia retroperitoneo. Se localiza

un divertículo de unos 3 cms de diámetro en cara posterior de la segunda porción duodenal con signos de necrosis y perforación (figura 1) Se decide realizar resección del divertículo con endograpadora mecánica (Endo-GIA) (figura 2) y posterior aplicación de Tachosil® sobre la sutura (figura 3)

La evolución postoperatoria fue favorable, siendo dada de alta la paciente al séptimo día postoperatorio, tolerando la ingesta oral y sin haberse presentado complicaciones postoperatorias. Las revisiones posteriores han sido normales.

Discusión

Los divertículos duodenales son relativamente frecuentes en la población general con tasas de prevalencia variables según los autores tanto en endoscopias (12-27%) como en las de autopsias^{1,2} (15-22%) pero su prevalencia clínica es mucho menor, dado que son asintomáticos en la mayoría de los casos. Sólo los que presentan complicaciones suelen provocar síntomas (1-2 % de los casos³) En estos casos, son la hemorragia, la obstrucción biliar y la pancreatitis las complicaciones más frecuentes, siendo la perforación del divertículo la más extraña aunque la más relevante dado que su mortalidad llega a ser de hasta el 30%¹⁻⁵.

El abordaje de esta patología es eminentemente quirúrgico aunque también se han descrito buenos resultados con tratamiento conservador mediante antibioterapia y/o drenaje percutáneo⁶. No obstante otros autores, como Duarte et al³ describen en una serie de 101 pacientes que sólo 2 fueron tratados satisfactoriamente mediante medidas conservadoras. Este mismo autor arroja una tasa de complicaciones de la cirugía de hasta el 45%, donde se incluyen lesiones de la vía biliar, fistulas duodenales o pancreatitis, pudiendo ser explicado esto por el hecho de que la mayoría de los divertículo asientan en la segunda porción duodenal³ Esto es fácil de entender dada la gran inflamación con tejido desvitalizado que suelen presentar estos procesos. Sobre todo si la perforación se produce hacia retroperitoneo.

Correspondencia: Carlos Bernardos García. Pasaje 4 de diciembre, 42. 41700 Dos Hermanas (Sevilla). cybernardos@telefonica.net

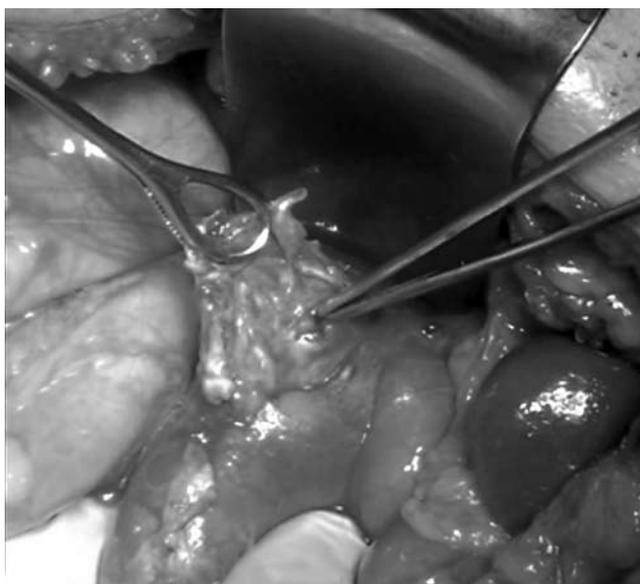


Figura 1.— Divertículo duodenal perforado en segunda porción duodenal.

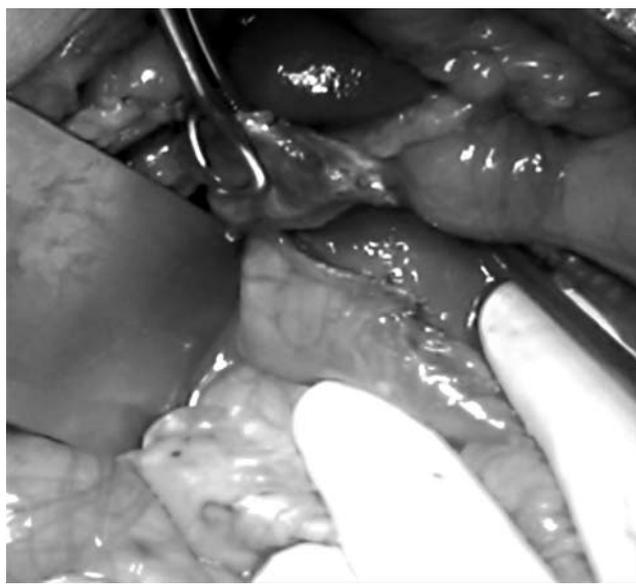


Figura 2.— Sección del divertículo duodenal con grapadora mecánica.

Entre las técnicas quirúrgicas empleadas destaca la sutura simple tras resección del divertículo⁷. Se acepta que el tratamiento estándar del divertículo debe ser una sutura simple en dos capas pero dada la baja prevalencia de esta patología no es posible ser dogmáticos a este respecto.

Nosotros pensamos que el uso de materiales hemostáticos-sellantes como el Tachosil[®] así como las colas biológicas (Tissucol[®]) o pegamentos sintéticos (Bioglue[®]) puede ser de gran ayuda en estos casos puesto que permite sellar los defectos o reforzar las suturas en terreno inflamados donde las suturas pueden resultar insuficientes. Ya se han descrito casos del empleo de estos materiales en suturas intestinales con buenos resultados⁸. Nuestro grupo está desarrollando un proyecto experimental en el que estudia la efectividad del Tachosil a la hora de reforzar anastomosis colónicas de riesgo y los resultados preliminares son alentadores. Por todo ello pensamos que el uso de estos materiales está plenamente justificado no obstante dado que su prevalencia es muy baja y los estudios de series amplias no existen el personalizar el gesto quirúrgico creemos que es lo lógico, por ello la opción adoptada en este caso supone una herramienta más que añadir al arsenal terapéutico.

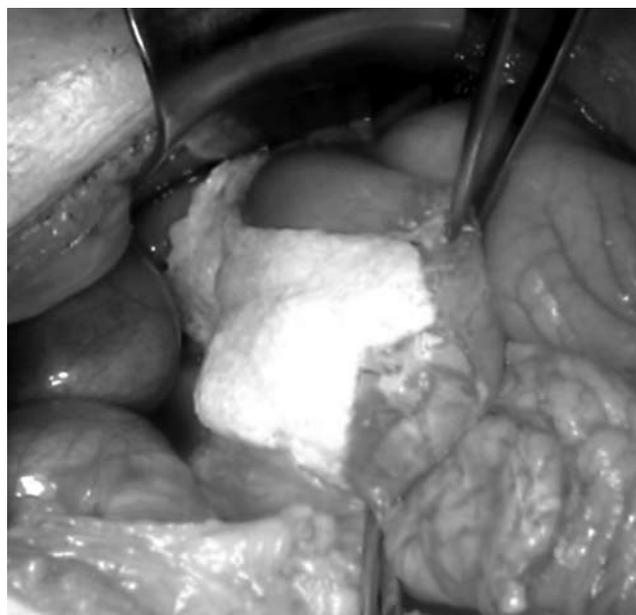


Figura 3.— Refuerzo de la sutura con Tachosil[®].

Bibliografía

1. Marhin WW, Amson BJ. Management of perforated duodenal diverticulum. *Can J Surg.* 2005;48(1):79-80.
2. Afridi SA, Fichtenbaum CJ, Taubin H. Review of duodenal diverticula. *Am J Gastroenterol.* 1991;86(8):935-938.
3. Duarte B, Nagy KK, Cintron J. Perforated duodenal diverticulum. *Br J Surg.* 1992;79:877-81.
4. Manuel de Cirugía Asociación Española de Cirujanos. 2ª edición 2009; 40:453-54.
5. Scudamore CH, Harrison RC, White TT. Management of duodenal diverticula. *Can J Surg.* 1982;25(3):311-314.
6. Jang LC, Kim SW, Park YH, Kim JP. Symptomatic duodenal diverticulum. *World J Surg* 1995;19(5):729-33.
7. Shigeki Y et al. *J Nippon Med Sch* 2004 ;71(5)
8. Kanellos D et al. Effect of 5-fluorouracil plus interferon on the integrity of colonic anastomoses covering with fibrin glue. *World J Surg.* 2007 Jan;31(1):186-91.