

# Divertículo yeyunal, neumatosis intestinal segmentaria, íleo biliar y oclusión aórtica en silla de montar. Reporte de un caso

*Jejunal diverticulum, segmental intestinal pneumatosis, gallstone ileus and aortic occlusion saddle. A case report*

Carlos Agustín Rodríguez-Paz,\*,\*\*\*,\*\*\*\* Héctor Tomás Herrera-Flores,\*\*\*,\*\*\*\*  
Paris Ramos-Martínez,\*\*\*\*\* Rosa María Carreón-Bringas\*,\*\*\*\*\*

**Palabras clave:**  
Íleo biliar, neumatosis intestinal, divertículo yeyunal, oclusión aórtica en silla de montar, obstrucción intestinal.

**Key words:**  
Gallstone ileus, intestinal pneumatosis, yeyuneal diverticula, aortic occlusion saddle, intestinal obstruction.

\* Servicio de Cirugía General.

\*\* Hospital General N.º 50; Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí.

\*\*\* Profesor de Cirugía, Escuela de Medicina; Universidad Cuauhtémoc, San Luis Potosí.

\*\*\*\* Servicio de Cirugía Vascular.

\*\*\*\*\* Profesor de Patología, Escuela de Medicina; Universidad Cuauhtémoc, San Luis Potosí.

\*\*\*\*\* Hospital General N.º 1; Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí.

Recibido: 19/07/2016

Aceptado: 09/01/2017

## RESUMEN

Paciente masculino de 66 años con pérdida de fuerza en miembros inferiores y dolor abdominal, sin pulsos y vena cava colapsada de acuerdo con la tomografía computarizada (TC). Ingresa a quirófano por datos de oclusión aórtica en silla de montar y obstrucción intestinal. Los hallazgos transoperatorios de la trombectomía femoral bilateral son: abundantes trombos desde la aorta abdominal hasta los lechos distales; divertículo yeyunal a 45 cm del ángulo de Treitz, neumatosis intestinal de la submucosa de 40 a 70 cm del ángulo de Treitz, un íleo biliar a 220 cm de la válvula ileocecal con proceso de necrosis intestinal. Falleció de paro por infarto cardiaco nuevo al final de la cirugía. De los cinco padecimientos quirúrgicos, tres (íleo biliar, divertículo yeyunal y neumatosis intestinal) son de una frecuencia menor de 1.3 a 0.03% en autopsias; la conjunción de los cinco condicionó la muerte a pesar de los esfuerzos médico quirúrgicos en un evento agudo.

## ABSTRACT

66 male patient with lower limb strength loss and abdominal pain, pulseless and effacement CT vena cava. Enter data to surgery for aortic occlusion saddle and intestinal obstruction. The findings trans operative with bilateral femoral thrombectomy, abundant thrombi from the abdominal aorta to the distal beds; yeyuneal diverticulum 45 cm Treitz angle, pneumatosis intestinal mucosal sub at 40 to 70 cm Treitz a gallstone ileus to 220 cm from the ileocecal valve with intestinal necrosis process. He died of heart attack stop by again at the end of surgery. Of the five surgical, three conditions (gallstone ileus, yeyuneal diverticulum, intestinal pneumatosis) are frequency less than 1.3 at 0.03% in autopsies; the conjunction of the five-conditional death despite surgical efforts at an acute event.

## INTRODUCCIÓN

La polipatología es la coincidencia de más de dos entidades en el mismo paciente, siendo éstas agudas o crónicas.<sup>1</sup> El problema surge cuando coexiste más de un padecimiento quirúrgico en el mismo paciente. Los divertículos yeyunales son una rareza de 0.2 a 1.3% en casos de autopsias,<sup>2</sup> pueden ser asintomáticos o manifestarse como hemorragia, dolor abdominal crónico, etc. y asociarse a un estado de perforación con un enterolito, que es aún más raro,<sup>3</sup> es

más frecuente que el íleo biliar dé datos de obstrucción intestinal que de perforación.<sup>4</sup> La neumatosis intestinal fue descrita en 1730 por Du Vernois, tiene una frecuencia de 0.03% en casos de autopsia,<sup>5</sup> es una invasión de gas en la subserosa o submucosa, pudiendo ser primaria, se presenta en pacientes de 40 a 60 años de edad y las secundarias son por procesos isquémicos, obstrucción intestinal<sup>6</sup> y en raros casos el gas proviene del sistema portal o enfermedad celiaca y mesentérica.<sup>7</sup> La enfermedad de Leriche puede presentarse como un proceso hiperagudo con oclusión súbita

de la circulación aortoiliaca, secundando por parálisis de los miembros inferiores asociada a entidades como hipertensión arterial o infarto miocárdico.<sup>8</sup>

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 66 años, deportista, con antecedentes de infarto al miocardio (no se sabe cuántos vasos coronarios afectados) e hipertensión arterial, desde hace cinco años en control con captopril, sin ingresos por descontrol hipertensivo. En el año y medio previo cursó con trombosis venosa profunda de miembro pélvico izquierdo, manejado exitosamente con anticoagulantes por seis meses. Ingresó por falta de movimiento en los miembros inferiores y 8 horas después llegó a urgencias; se recibió al paciente con pérdida de pulsos pedios, poplíticos, femorales y radiales. Fue valorado por el Servicio de Cirugía Vascular que solicitó quirófano para tratar una oclusión arterial en silla de montar; se advirtió distensión abdominal y se pidió valoración por cirugía general. Aparte de la distensión se identificó ausencia de peristaltismo, dolor generalizado en dicha cavidad, mesotimpanismo con zonas en tablero de ajedrez a la percusión y se decidió ingreso conjunto por cuadro de obstrucción intestinal contra trombosis mesentérica. Signos preoperatorios T/A 50/20, FC 125, FR 21. Los estudios de laboratorio describieron hemoglobina 16 g/dl, hematocrito 49, leucocitos 12,000, plaquetas 113,000 d/dl, glucosa 127 mg/dl, Urea 248 mg/dl, albúmina 3.5 g/dl, DHL 939 U/L, amilasa en suero 840 U/L, nitrógeno de urea 115 mg/dl (sin creatinina), Tp 13/13 TTP 26/25, INR 1.2, CK-MB 193. Gasometría inicial 7.37 de pH, pCO<sub>2</sub> 40 mmHg, PO<sub>2</sub> 186 mmHg, Htc 25%, HCO<sub>3</sub> 23.1 mmol/l, HCO<sub>3</sub> std 23.4 mmol/l, TCO<sub>2</sub> 24.3 mmol/l, BE ecf -2.2 mmol/l y BE (B) -2.0 mmol/l. El Servicio de Anestesiología le asignó una valoración ASA cinco, R.A.Q U4B, Euroescore 5, NYHA II, Glasgow 12 y manejo con anestesia general.

La tomografía reveló dilatación del esófago y de la cámara gástrica, adelgazamiento de las paredes intestinales y vena cava colapsada (*Figura 1*). Ambos servicios decidieron pasar

urgentemente a quirófano e informaron a los familiares sobre el estado de extrema gravedad del paciente y que era factible que falleciera por posible trombosis mesentérica más oclusión masiva arterial de miembros inferiores.

Los hallazgos transoperatorios fueron: neumatosis intestinal de 40 a 70 cm a partir del ángulo de Treitz, divertículo yeyunal a 45 cm del mismo ángulo (*Figura 2*), zonas de isquemia diseminadas en todo el tubo digestivo, zona necrótica de íleon a 220 cm de la válvula ileocecal, las demás estructuras con cambios de coloración en tonos morados y eritémicos, adherencias y bloque hacia zona subhepática derecha. Se palpó un lito intraluminal a 220 cm de la válvula ileocecal, se extrajo el lito



**Figura 1.** Tomografía toracoabdominal en la que se aprecia dilatación de asas desde esófago hasta intestino delgado y vena cava colapsada.



**Figura 2.** Imagen transoperatoria de segmento de asa de intestino delgado con divertículo yeyunal.



**Figura 3.** Imagen macroscópica y microfotografía de asa de intestino delgado con divertículo yeyunal (flecha negra) y disección de las capas por la neumatosis intestinal (flecha roja).

biliar del íleon; se identificó una zona de 20 cm necrosada, se decidió resección de este segmento con anastomosis término-terminal en dos planos; se resecaron 40 cm de la zona con neumatosis intestinal e igualmente se aplicó anastomosis término-terminal. El resto del intestino y del colon sin neumatosis ni divertículos.

Por parte de cirugía vascular se procedió a realizar trombectomía y se abordó por vía femoral bilateral, detectando abundantes trombos desde la aorta abdominal hasta los lechos distales arteriales, con características de aparición reciente sin lesiones arterioaórticas que condicionaran estenosis significativa. El paciente falleció de un infarto del miocardio súbito al concluir los procedimientos, sin posibilidad de revertir a maniobras externas.

El estudio histopatológico describió: estado de neumatosis entre la capa muscular y submucosa, se aprecia disección desde el divertículo sin mostrar perforación (*Figura 3*); a nivel histológico, sólo se observa ligero infiltrado inflamatorio, con presencia de áreas pseudoquísticas en la lámina propia con moderado infiltrado inflamatorio de tipo crónico.

## CONCLUSIONES

El paciente presentó cinco padecimientos, cada uno de los cuales tenía una frecuencia de menos de 1.3 a 0.03% en global; la existencia de cuadros combinados o polipatología condicionaron un incremento y gasto de los servicios de salud, con intervención de varios especialistas en el mismo paciente.<sup>1</sup> El riesgo en estas entidades se incrementa con la edad<sup>9</sup> y la sola presencia de un ileo biliar aumenta el rango de mortalidad hasta en 21%,<sup>10</sup> la suma de los riesgos del resto de las comorbilidades nos lleva a un diagnóstico fatal. Este caso pudo haber sido condicionado por el ileo biliar, lo cual provocó estasis vascular con un cuadro de hipercoagulabilidad. El paciente nunca refirió cuadros de dolor abdominal previos o problemas digestivos, sólo el cuadro coronario y el cuadro de miembros inferiores.

La necesidad de contar con diversas especialidades es cada vez más frecuente dadas las complicaciones, en especial las agudas que presentan los actuales pacientes.

## REFERENCIAS

1. Galván-Banqueri M, Alfaro-Lara ER, Rincón-Gómez M, Rivas-Covas PC, Vega-Coca MD, Nieto-Martín MD. Factors related with the appropriateness of pharmacological treatment in polypathological patients. *Farm Hosp.* 2014; 38: 405-410.
2. Ghrissi R, Harbi H, Amine Elghali M, Belhajkhlifa MH, Letaief MR. Jejunal diverticulosis: a rare case of intestinal obstruction. *J Surg Case Reports.* 2016; 2016(2): pii: rjv176.
3. Webster PJ, Hyland A, Bilkhu A, Hanavadi S, Sharma N. Perforated jejunal diverticula secondary to a large faecalith: a rare cause of the acute abdomen. *Case Rep Surg.* 2014; 2014: 103943.
4. García-Martín A, Pérez-López M, Pérez-Bru S, Compañ-Rosique A. Íleo biliar, causa poco frecuente de obstrucción intestinal. *Rev Gastroenterol Méx.* 2014; 79: 211-213.
5. Tahiri M, Levyá J, Alzaida S, Anderson D. An approach to pneumatosis intestinalis: Factors affecting your management. *Intern J Surg Case Reports.* 2015; 6: 133-137.
6. Berrito D, Crincoli R, Iacobellis F, Iasiello F, Pizza NL, Lassandro F, et al. Primary pneumatosis intestinalis of small bowel: a case of a rare disease. *Case Report Surg.* 2014; 2014: Article ID 350312.
7. Martínez-Pérez A, Trullenque-Juan R, Santarrufina-Martínez S, Armañanzas-Villena E. Massive gastrointestinal pneumatosis in a patient with celiac disease and superior mesenteric artery syndrome. *Rev Esp Enferm Dig.* 2015; 107: 709-710.
8. McCoy CE, Patierno S, Lotfipour S. Leriche syndrome presenting with multisystem vaso-occlusive catastrophe. *West J Emerg Med.* 2015; 16: 583-586.

9. Hanna C, Mullinax J, Friedman M.S, Sánchez J. Jejunal diverticulosis found in a patient with long-sanding pneumoperitoneum and pseudo-obstruction on imaging: a case report. *Gastroenterol Rep.* 2016; 4: 337-340.
10. Noriega-Maldonado O, Bernal-Mendoza L.M, Rivera-Nava JC, Guevara-Torres L. Íleo biliar. *Cir Cir.* 2005; 73: 443-448.

**Correspondencia:****Carlos Agustín Rodríguez-Paz**

Torre de Especialidades, Consultorio 205,  
Hospital de Especialidades Médicas de la Salud.  
Av. Benito Juárez Núm. 1210,  
Col. Valle Dorado, 78399, San Luis Potosí,  
San Luis Potosí, México.  
Tel. 01-444-168-1297

**E-mail:** ticitlhuasteco@msn.com

[www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)