

**Presentación infrecuente de un divertículo yeyunal complicado:  
hemoperitoneo y abdomen agudo****Uncommon presentation of a complicated jejunal diverticulum:  
hemoperitoneum and acute abdomen****Apresentação incomum de um divertículo jejunal complicado:  
hemoperitônio e abdome agudo**Jesús Lucendo Ramírez  
jesuslucen@gmail.com

0000-0001-7595-3031

Residente de cuarto año de Cirugía General y del Aparato  
Digestivo en el Hospital Marina Baixa, Alicante, EspañaVicente Soler Ferriz  
vsolerfe@coma.es

0000-0002-3994-8136

Facultativo Especialista Adjunto del servicio de Cirugía General  
en el Hospital Marina Baixa, Alicante, EspañaMarta Vicente López  
martavilo95@gmail.com

0009-0005-3042-1919

Residente de Cirugía General en el  
Hospital Marina Baixa, Alicante, EspañaCristina Vives Manjón  
cvives135@gmail.com

0009-0005-0686-9262

Residente de Cirugía General en el  
Hospital Marina Baixa, Alicante, España

Recibido: 09/01/25

Aceptado: 17/07/25

**Resumen**

Los divertículos yeyunales, más frecuentes en varones y en pacientes de edad avanzada, son habitualmente asintomáticos y, por lo tanto, suelen ser diagnosticados de manera accidental en una prueba de imagen solicitada por otro motivo.

Solo en torno al 10% de las ocasiones debutan en forma de patología aguda, entre las cuales se incluyen cuadros de diverticulitis, oclusión intestinal o hemorragia digestiva baja.

Para el diagnóstico de dichas complicaciones resulta fundamental la realización de una Tomografía Computarizada (TC) abdomino-pélvica con contraste intravenoso, y a pesar de que en algunos escenarios favorables puede optarse por un manejo conservador, en situaciones de inestabilidad hemodinámica o abdomen agudo será necesario llevar a cabo una cirugía urgente.

Presentamos el caso de un paciente que acude a urgencias, taquicárdico, con abdomen agudo y elevación de reactantes de fase aguda en la analítica. La TC mostraba una colección en íntimo contacto con un asa de intestino delgado, de 14cm y con aire en su interior, sugestivo de perforación intestinal.

Se decide cirugía urgente en la que se evidencia un hemoperitoneo secundario a un divertículo yeyunal complicado con hemorragia interna y abundantes coágulos en su interior y en la cavidad abdominal.

Así pues, el abdomen agudo consecuencia de un hemoperitoneo secundario a un divertículo yeyunal complicado es inusual y su sospecha precoz resulta fundamental para evitar demoras diagnóstico-terapéuticas que puedan incrementar la morbimortalidad del enfermo.

**Palabras clave:** divertículo yeyunal, hemoperitoneo, abdomen agudo

### Abstract

Jejunal diverticula, more common in men and elderly patients, are usually asymptomatic and they are therefore often diagnosed incidentally during an imaging test ordered for another reason.

Just in an approximately 10% of cases they present as an acute complication, including diverticulitis, intestinal occlusion, or lower gastrointestinal bleeding.

For the diagnosis of these complications, performing an abdomino-pelvic Computed Tomography (CT) scan with intravenous contrast is essential. Although conservative management may be used in some favorable contexts, urgent surgery will be necessary in situations of hemodynamic instability or acute abdomen.

We present the case of a patient who arrived the hospital with tachycardia, an acute abdomen, and elevated acute phase reactants in the blood test. The CT scan showed a 14-cm collection in close contact with a loop of small intestine, with air inside, suggestive of intestinal perforation. An urgent surgery was decided to be carried out in which a hemoperitoneum secondary to a complicated jejunal diverticulum was seen, with internal bleeding and abundant clots inside it and in the abdominal cavity.

Thus, an acute abdomen as a consequence of a hemoperitoneum secondary to a complicated jejunal diverticulum is unusual, and an early suspect is key to avoid diagnostic and therapeutic delays that could increase the patient's morbidity and mortality.

**Keywords:** jejunal diverticulum, hemoperitoneum, acute abdomen

## Resumo

Os divertículos do jejuno, mais comuns em homens e pacientes mais velhos, geralmente são assintomáticos e, portanto, muitas vezes são diagnosticados acidentalmente durante um exame de imagem solicitado por outro motivo.

Apenas cerca de 10% dos casos apresentam patologia aguda, que inclui diverticulite, obstrução intestinal ou sangramento gastrointestinal inferior.

Para o diagnóstico dessas complicações, a realização de uma tomografia computadorizada abdominopélvica com contraste intravenoso é essencial. Embora o tratamento conservador possa ser preferível em alguns cenários favoráveis, a cirurgia de urgência será necessária em situações de instabilidade hemodinâmica ou abdome agudo.

Apresentamos o caso de um paciente que deu entrada no pronto-socorro com taquicardia, abdome agudo e elevação dos reagentes de fase aguda nos exames laboratoriais. A tomografia computadorizada mostrou uma coleção de 14 cm em contato próximo com uma alça do intestino delgado, com ar em seu interior, sugestiva de perfuração intestinal. Foi decidida cirurgia de urgência, que revelou hemoperitônio secundário a divertículo jejunal complicado com sangramento interno e coágulos abundantes no interior do divertículo e na cavidade abdominal.

Portanto, abdome agudo resultante de hemoperitônio secundário a divertículo jejunal complicado é raro, e a detecção precoce é essencial para evitar atrasos diagnósticos e terapêuticos que poderiam aumentar a morbidade e a mortalidade do paciente.

**Palavras-chave:** divertículo jejunal, hemoperitônio, abdome agudo

## Introducción

Los divertículos, aun siendo más habitual encontrarlos en el colon, pueden estar presentes en cualquier punto del tracto gastrointestinal. Tras el intestino grueso, el duodeno es su localización más frecuente, seguido este del esófago, estómago, yeyuno e íleon, en ese orden.<sup>(1)</sup>

La incidencia de la enfermedad diverticular en el intestino delgado es baja. Para aquellos cuya localización se limita al yeyuno, la prevalencia es de entorno al 2%,<sup>(2)</sup> encontrándose más usualmente en el yeyuno proximal.<sup>(3)</sup>

Son más comunes en hombres que en mujeres, y a su vez, su frecuencia aumenta con la edad, estimándose que entre el 80 y el 90% de los pacientes afectados supera los 40 años.<sup>(3)</sup>

A excepción del divertículo de Meckel, de origen congénito y constituido por todas las capas de intestino delgado, el resto de divertículos son adquiridos y son solo las capas mucosa y submucosa, al herniarse estas a través de la muscular, las que conforman el mismo.<sup>(2)</sup> La causa fisiopatológica de estos “pseudodivertículos” no se conoce con precisión. Probablemente se encuentren implicados varios factores causales tales como una alteración en el peristaltismo intestinal, diferentes disfunciones neuromusculares o una elevada presión intraluminal, la cual favorecería la herniación en las zonas más frágiles de la pared intestinal, como lo son el borde mesentérico del intestino y los puntos de entrada de los vasos rectos en la capa muscular.<sup>(4)</sup>

Generalmente no causan clínica alguna al paciente, no siendo extraño, por lo tanto, su diagnóstico incidental en pruebas solicitadas con otro motivo.<sup>(5)</sup> Las manifestaciones crónicas no suelen implicar síntomas graves, variando éstas entre la dispepsia, la sensación nauseosa con o sin vómito o la alteración del tránsito intestinal. Para su diagnóstico, además de la Tomografía Computarizada (TC) abdomino-pélvica, actual prueba de referencia, la entero-RM o técnicas como la enteroscopia o cápsula endoscópica, pueden confirmar también la sospecha.

En este contexto, si el paciente presenta síntomas recurrentes puede recomendarse disminuir la ingesta de fibra o iniciar tratamiento antibiótico, ya que la clínica suele deberse a la distensión diverticular y sobrecrecimiento bacteriano.<sup>(4)</sup>

Por el contrario, sus formas agudas de presentación, como la diverticulitis, la oclusión intestinal o la hemorragia digestiva baja, las cuales se estiman solo representan el 10% del total,<sup>(6)</sup> sí pueden provocar cuadros graves que lleguen a suponer una amenaza real para la vida del enfermo.

Ante una de estas complicaciones, si bien la analítica sanguínea puede orientar el diagnóstico (elevación de reactantes de fase aguda en caso de diverticulitis o perforación, así como descenso de los niveles de hemoglobina si se trata de una hemorragia diverticular), resulta fundamental la realización de una TC abdomino-pélvica con contraste intravenoso, prueba gold-standard como se ha indicado previamente,<sup>(7)</sup> ya que este no solo definirá el grado de complicación asociado (inflamación localizada, perforación libre o sangrado activo), sino que además permitirá determinar la localización del divertículo y planificar una eventual intervención quirúrgica, en caso de ser necesaria.

El manejo de estas formas agudas depende tanto de la forma de presentación (diverticulitis, obstrucción intestinal o hemorragia), como de la situación hemodinámica y clínica del enfermo.

De tal forma, un episodio de diverticulitis no complicada puede ser tratado con medidas conservadoras que incluyan la antibioterapia y dieta absoluta. Sin embargo, aunque este manejo puede ser efectivo a corto plazo, algunos autores sugieren la necesidad de valorar una intervención quirúrgica programada para el tratamiento de esta entidad. Los defensores de este planteamiento se basan en la mayor probabilidad con la que los divertículos yeyunales tienden a desarrollar complicaciones como perforaciones intestinales o abscesos, comparado con la enfermedad diverticular en otra localización del intestino delgado.<sup>(8)</sup>

Para los abscesos peridiverticulares puede optarse por el drenaje percutáneo de los mismos en combinación con antibióticos, si la situación del paciente lo permite. No obstante, ante el fracaso terapéutico del drenaje o la presencia de signos de sepsis o peritonitis, debe plantearse la intervención quirúrgica urgente.<sup>(9)</sup> A este respecto, aunque los abordajes mínimamente invasivos como la laparoscopia ya están descritos en la literatura y parecen ser factibles, el acceso abierto continúa siendo el más empleado en la actualidad.<sup>(10)</sup> Una vez en quirófano, la opción más segura podría ser la resección intestinal y anastomosis primaria, ya que algunos autores la relacionan con una menor tasa de complicaciones y mortalidad en comparación con la diverticulectomía, la cual podría suponer una alternativa útil para las localizaciones muy próximas al duodeno.<sup>(9)</sup>

Por último, en los casos de oclusión intestinal o hemorragia diverticular, la cirugía también juega un papel fundamental. En el primero de los supuestos porque, salvo en caso de obstrucción causada por la inflamación del divertículo o una adherencia al mismo, el manejo conservador no resultará efectivo, ni definitivo. Y en el segundo de ellos porque, pese al uso creciente de la enteroscopia terapéutica y el beneficio que ello aporta, en situaciones de inestabilidad hemodinámica, sangrado libre a la cavidad abdominal con hemoperitoneo, fracaso terapéutico endoscópico o ausencia de disponibilidad del mismo, la intervención quirúrgica urgente es la única opción segura y efectiva para salvar la vida del enfermo.

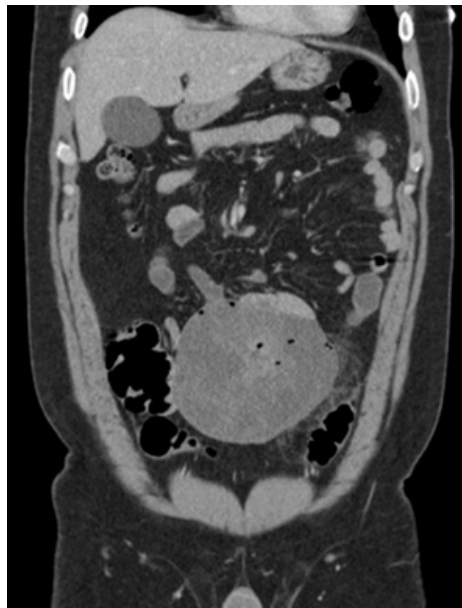
Así pues, presentamos el caso de un varón de 43 años sin antecedentes de interés que acude al hospital por dolor abdominal brusco e intenso asociado a distensión. El paciente no refería otra clínica acompañante ni antecedentes aparentes de sintomatología abdominal crónica.

Inicialmente se solicita una analítica que muestra una ligera anemia con respecto a las cifras basales y elevación de reactantes de fase aguda, por lo que se decide completar el estudio con una TC abdomino-pélvica con contraste intravenoso.

Dicha prueba de imagen indica la aparición de una colección en la región mesogástrica central de 14cm x 12cm x 8cm, con pequeñas burbujas de gas en su interior, en íntima relación con un asa intestinal (**Fig. 1 y 2**), hallazgos que el radiólogo sugiere podrían corresponder con la perforación de un asa de intestino delgado.



**Fig.1.** Corte sagital de la TC; colección de 14cm con aire en su interior, en íntimo contacto con un asa de intestino delgado



**Fig.2.** Corte coronal de la TC; colección de 14cm con aire en su interior, en íntimo contacto con un asa de intestino delgado.

Teniendo en cuenta el informe radiológico de perforación intestinal y la situación clínica del paciente, que se encontraba taquicárdico a 120 latidos por minuto, febril (pico de 38.1°) con aumento progresivo y pese a analgesia del dolor abdominal y mostrando signos de irritación peritoneal a la exploración, se indica intervención quirúrgica urgente.

Una vez en quirófano, se opta por un acceso mediante laparotomía media dada la urgencia del caso. Tras acceder a la cavidad abdominal y lavar abundantes coágulos de sangre y hemoperitoneo multicompartimental, se logra identificar un gran divertículo yeyunal complicado con hemorragia interna (**Fig. 3**), el cual se localiza a un metro aproximadamente del ligamento de Treitz. Se procede a la resección del divertículo con grapadora mecánica en sentido transversal al asa.



**Fig.3.** Hallazgos intraoperatorios; divertículo yeyunal complicado con hemorragia interna y hemoperitoneo.

Tras el cierre de la pared abdominal y al finalizar la intervención, se decide la colocación sobre la herida de un apósito adhesivo absorbente conectado a un dispositivo de succión para evitar la aparición de un seroma postoperatorio, u otras complicaciones como la sobreinfección bacteriana.

El paciente pasa a la planta tras la cirugía, donde presenta una buena evolución. Se instaura la tolerancia oral progresiva sin incidencias, y finalmente el enfermo puede ser dado de alta al tercer día postoperatorio encontrándose sin dolor y con tránsito intestinal.

El informe anatomopatológico definitivo confirmó el diagnóstico de diverticulitis yeyunal complicada con hematoma y perforación, no hallando en la pieza signos histológicos de malignidad.

El paciente fue citado a revisión en nuestras consultas un mes después de la intervención y fue dado de alta al no haber indicios de ninguna complicación postoperatoria ni manifestar el enfermo sintomatología abdominal alguna.

En definitiva, la diverticulosis yeyunal es un cuadro infrecuente en gente joven cuyo debut en forma de hemorragia diverticular y hemoperitoneo supone una situación de gravedad que puede comprometer seriamente la vida del enfermo. La realización de una TC abdomino-pélvico con contraste intravenoso permite no solo la confirmación diagnóstica sino además la planificación quirúrgica mediante la localización del divertículo y definición de sus características. El manejo quirúrgico consistente en una laparotomía urgente con resección intestinal continúa siendo el tratamiento de referencia para esta complicación inusual, cuyo conocimiento y sospecha clínica debemos tener presentes para evitar demoras diagnóstico-terapéuticas y disminuir así la morbimortalidad asociada.

## Bibliografía

1. Transue DL, Hanna TN, Shekhani H, Rohatgi S, Khosa F, Johnson JO. Small bowel diverticulitis: an imaging review of an uncommon entity. *Emerg Radiol.* 2017;24(2):195-205. doi: 10.1007/s10140-016-1448-4
2. Gurala D, Idiculla PS, Patibandla P, Philipose J, Krzyzak M, Mukherjee I. Perforated Jejunal Diverticulitis. *Case Rep Gastroenterol.* 2019;13(3):521-525. doi: 10.1159/000503896
3. Fintelmann F, Levine MS, Rubesin SE. Jejunal Diverticulosis: Findings on CT in 28 Patients. *AJR Am J Roentgenol.* 2008;190(5):1286-90. doi: 10.2214/AJR.07.3087.
4. Pascual Damieta M, Pera Román M. Tumores de intestino delgado. Divertículos. Enteritis por radiación. En: Parrilla Paricio P, García-Granero Ximénez E, Morales-Conde S, Navarro Soto S, Targarona Soler EM. *Cirugía-AEC.* 3ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2022. p. 515-522.
5. Sehgal R, Cheung CX, Hills T, Waris A, Healy D, Khan T. Perforated jejunal diverticulum: a rare case of acute abdomen. *J Surg Case Rep.* 2016;2016(10):rjw169. doi: 10.1093/jscr/rjw169.
6. Moya Sánchez E, García Roa M, Medina Salas V. Jejunal diverticulitis: diagnosis and complications. *Cir Andal.* 2020;31(3):333-35 doi: 10.37351/202031317
7. Abdelhalim D, Kania T, Heldreth A, Champion N, Mukherjee I. Operative Management of Perforated Jejunal Diverticulitis. *Cureus.* 2022;14(1):e21330. doi: 10.7759/cureus.21330
8. Kassahun WT, Fangmann J, Harms J, Bartels M, Hauss J. Complicated small-bowel diverticulosis: A case report and review of the literature. *World J Gastroenterol.* 2007;13(15):2240-2242. doi: 10.3748/wjg.v13.i15.2240
9. Harbi H, Kardoun N, Fendri S, Dammak N, Toumi N, Guirat A, et al. Jejunal diverticulitis. Review and treatment algorithm. *Presse Med.* 2017;46(12 Pt 1):1139-1143. doi: 10.1016/j.lpm.2017.08.009.
10. Viscosi F, Pintabona G, Foti A, Cucinotta E, Mazzeo C. Therapeutic strategies for perforated jejunal diverticulitis. A case report. *Ann Ital Chir.* 2019;8:S2239253X1903072X.

**Contribución de autores:**

Conceptualización: Jesús Lucendo Ramírez.

Supervisión: Vicente Soler Ferriz.

Visualización: Jesús Lucendo Ramírez.

Redacción - borrador original: Jesús Lucendo Ramírez, Cristina Vives Manjón.

Redacción - revisión y edición: Jesús Lucendo Ramírez, Vicente Soler Ferriz, Marta Vicente López.

**Nota:** Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

**Nota:** Los datos de investigación no se encuentran disponibles.

**Nota:** Este artículo fue aprobado por el editor Gustavo Rodríguez Temesio