

# Diverticulitis sincrónica: informe de un caso

Castañeda-Argáiz R, Rodríguez-Zentner HA, Tapia H, González-Contreras QH.

Servicio de Cirugía de Colon y Recto, Departamento de Cirugía, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México, D. F.

**Correspondencia:** Dr. Quintín Héctor González Contreras. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Vasco de Quiroga No. 15, Del. Tlalpan, C.P. 14000. México, D. F. Teléfono: 5487 0900, ext. 2142. Correo electrónico: quinhec@hotmail.com

## Resumen

La enfermedad diverticular de colon es una entidad no tan frecuente en los países en desarrollo, a diferencia de las naciones industrializadas occidentales; por ejemplo, en Estados Unidos representa alrededor de 130 000 hospitalizaciones cada año y la diverticulitis es una complicación habitual.

La presentación sincrónica de esta complicación es muy rara, con un solo caso publicado en la literatura. Aquí se presenta el caso de un paciente que desarrolló esta anomalía, la cual inició con dolor abdominal difuso. Se practicó una colonoscopia que reveló una tumoración en el sigmoide y una perforación cecal. El paciente se sometió a una colectomía total y resección de íleon distal con anastomosis ileorrectal más una ileostomía en asa para la protección de ésta. El servicio de patología confirmó enfermedad diverticular complicada sincrónica de sigmoide y ciego. En este estudio se publica un caso de esta presentación atípica de la enfermedad diverticular y se concluye que el tratamiento realizado es seguro y factible.

**Palabras clave:** divertículos, diverticulitis, enfermedad diverticular, colonoscopia, complicación, México.

## Abstract

*Diverticular colonic disease is not as common in developing nations as in western and industrialized societies, accounting for approximately 130 000 hospitalizations per year in the United States, being diverticulitis the most frequent complication.*

*Synchronous presentation of this complication is very rare, with only one case reported in literature. We present a patient who presented with diffuse abdominal pain. Colonoscopy was performed identifying a mass in the sigmoid colon and a perforation in the cecum. Patient underwent total abdominal colectomy with ileorectal anastomosis and protective loop ileostomy. Histopathologic examination revealed synchronous complicated diverticular disease of the sigmoid and cecum. In this report we disclose this type of atypical presentation of diverticular disease and establish that the approach taken is safe and feasible.*

**Key words:** diverticulum, diverticulitis, diverticular disease, colonoscopy, complication, Mexico.

## Introducción

En 1840 y 1849, Sir Erasmus Wilson y el Dr. Cruveilhier realizaron las primeras descripciones de divertículos en el colon y en 1907 el Dr. Mayo introdujo medidas quirúrgicas para tratar la diverticulitis aguda.<sup>1,2</sup> Es difícil determinar con exactitud la prevalencia de la enfermedad diverticular, pero un estudio observacional demostró una prevalencia de 27% entre todos los pacientes mayores de 50 años sometidos a un procedimiento colonoscópico.<sup>3</sup> Ésta es una afección rara en África y Asia, pero frecuente en América, Europa y Australia. Se ha descrito que la enfermedad diverticular derecha es más común en pacientes asiáticos, mientras que su presentación en el colon izquierdo (85% de los casos) es característica habitual en países occidentales.<sup>4,5</sup>

Una de las complicaciones más frecuentes de la enfermedad diverticular es la diverticulitis aguda, la cual se desarrolla como consecuencia de la microperforación o macroperforación de un divertículo (90% y 10% de los casos, respectivamente). Esta inflamación puede deberse a la erosión de la pared debida a una elevación de la presión intracolónica o un fecalito obstructor en el cuello del divertículo. Luego de una microperforación, la grasa pericolónica, el mesenterio y los órganos adyacentes contienen la infección hasta que se forma un plastrón localizado. Las macroperforaciones provocan una inflamación menos controlada, con peritonitis y formación de abscesos pericolónicos. Tanto las microperforaciones como las macroperforaciones pueden llevar a la formación de fístulas.<sup>5</sup>

El diagnóstico clínico depende de la localización de los divertículos afectados, pero de manera clásica se denomina “apendicitis izquierda” en virtud de la presentación de dolor en la fosa iliaca izquierda, fiebre y leucocitosis con neutrofilia, tal y como se observa en 90% de los casos. Rara vez se compromete el colon derecho (sólo 10% de los casos), como sucede sobre todo en países orientales.<sup>6</sup> Dentro de los diagnósticos diferenciales deben considerarse la apendicitis aguda, el cáncer de colon perforado, la enfermedad de Crohn, la colitis isquémica, la colitis ulcerativa, la colitis pseudomembranosa y el embarazo ectópico, entre otros.<sup>6</sup>

Existen presentaciones inusuales de la enfermedad diverticular complicada, entre ellas la diverticulitis en yeyuno, ciego y apéndice ileocecal; en éstas es imprescindible descartar una enfermedad inflamatoria intestinal.<sup>7-9</sup> Además, existe tan

sólo un reporte de diverticulitis simultánea en dos o más sitios del colon.<sup>10</sup>

## Presentación del caso

Varón de 53 años de edad con diagnóstico de hipertrofia prostática y antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo II, infarto agudo del miocardio y accidente vascular cerebral.

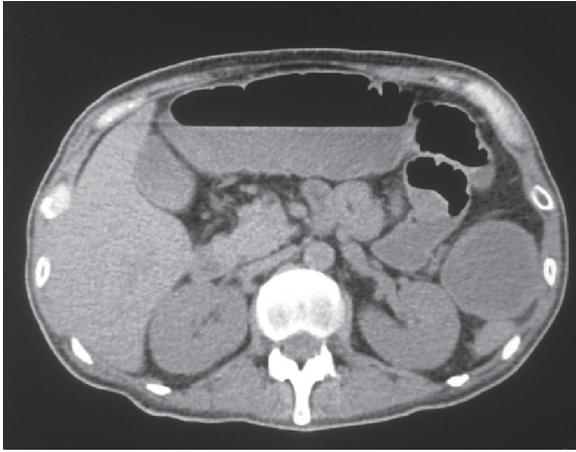
Los síntomas iniciaron dos meses antes de su ingreso, con distensión abdominal, hiporexia, náusea, vomito, y dolor abdominal tipo cólico en la fosa iliaca izquierda. El dolor se irradiaba de manera difusa a todo el abdomen, era intermitente y se autolimitaba en un lapso de 10 segundos. Este cuadro clínico persistió durante un mes, por lo cual acudió al servicio de urgencias; de manera concurrente se determinó una pérdida de peso de 20 kg, fiebre de 38 °C y sangrado oculto en heces. A la exploración física se corroboró el dolor abdominal mencionado, además de disminución del peristaltismo, sin hallazgo de masas o visceromegalias. Los exámenes de laboratorio indicaron anemia con hemoglobina de 10 g/dl y leucocitosis de 18 000 células/dl. Se indicó una colonoscopia, en la cual se reconoció una estenosis en el sigmoide, a 20 cm del margen anal, de aspecto inflamatorio. En el ciego se identificó un orificio de 8 mm con bordes elevados y cambios inflamatorios, con dilatación y engrosamiento de la mucosa del íleon distal. El paciente recibió tratamiento médico con antibióticos de amplio espectro por 10 días y reposo intestinal, tras lo cual se le dio de alta.

Pocos días después reingresó por persistencia de los síntomas, razón por la cual se efectuó una tomografía abdominal con contraste por el colon, sitio en el que se identificó una tumoración a 10 cm del margen anal, con engrosamiento de las paredes intestinales, disminución de la luz en un trayecto de casi 10 cm, acompañada en su perímetro medial de una imagen redondeada, con realce periférico, contenido hipodenso y algunas burbujas consistentes con un absceso. Se tomaron muestras para biopsia, de las cuales se informó inflamación crónica sin datos de malignidad. La grasa perisigmoidea adyacente mostró una intensidad discretamente mayor. El colon derecho reveló engrosamiento de la pared y un absceso adyacente al íleon distal (**Figuras 1 y 2**).

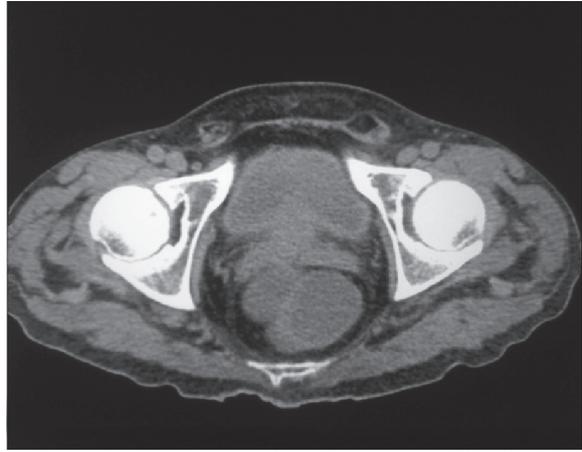
El paciente se sometió a un procedimiento quirúrgico que evidenció una tumoración abscedada en el ciego en estrecha relación con el íleon distal,

**Figura 1.**

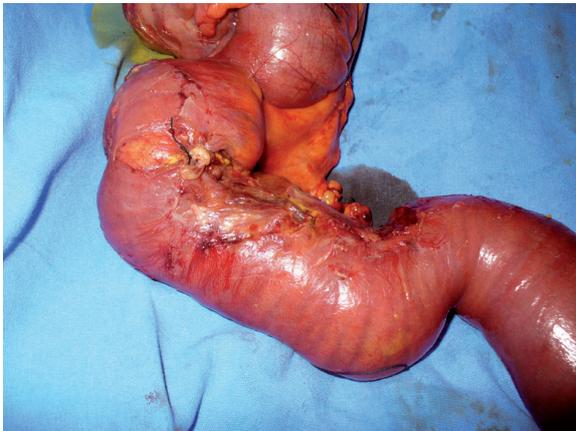
Tomografía abdominal que muestra dilatación del colon y edema de la mucosa.

**Figura 2.**

Tomografía abdominal que delinea una masa en el sigmoide.

**Figura 3.**

Íleon distal edematizado y fístula ileocecal.

**Figura 4.**

Masa en ciego, perforación en sigmoide, dilatación y edema de la pared del íleon distal.



además de una fístula situada a 10 cm de la válvula ileocecal que comunicaba el íleon con el ciego, así como otra área inflamatoria en el sigmoide (**Figuras 3 y 4**). Se practicó disección y resección del íleon terminal (20 cm) más una colectomía total y una anastomosis ileorrectal terminal con engrapadora circular. De forma adicional se llevó a cabo una ileostomía en asa de protección. El paciente no presentó ninguna complicación posoperatoria.

En términos anatomopatológicos, el resultado mostró inflamación y fibrosis en el colon con mucosa edematizada, así como múltiples divertículos, signos consistentes con enfermedad diverticular complicada, aguda, ulcerada y penetrante del tejido adiposo pericolónico en sigmoide y ciego.

Ocho semanas después del procedimiento quirúrgico se efectuó el cierre de la ileostomía, sin complicación alguna.

## Discusión

La enfermedad diverticular es un trastorno frecuente en la población mexicana, más aún en el género masculino y en los individuos mayores de 50 años.<sup>4,5</sup> El cuadro clínico típico consta de dolor en la fosa iliaca izquierda debido a que el sitio de afectación más frecuente es el colon sigmoide. El dolor es de tipo cólico, con intensidad variable y asociado a hiporexia, distensión abdominal y vómito, tal y como lo presentó este paciente. En casos complicados es posible la perforación intestinal, con datos de abdomen agudo, reacción inflamatoria sistémica y sepsis.<sup>6,7</sup>

Existen presentaciones clínicas inusuales en que la localización del dolor puede variar desde la fosa iliaca derecha hasta los flancos derecho o izquierdo, e incluso es posible el dolor abdominal generalizado. Ello depende de la localización de la inflamación, como en el paciente presentado aquí.

Hay informes de casos poco frecuentes, como diverticulitis en duodeno, íleon, apéndice y ciego, en virtud de lo cual el diagnóstico diferencial abarca una mayor cantidad de anomalías.<sup>6-11</sup> El caso que se describe corresponde a una entidad aún más rara, ya que sólo existe un informe en el *Index Medicus* de enfermedad diverticular complicada sincrónica.<sup>10</sup>

En los casos de diverticulitis no complicada, el tratamiento de elección es el manejo médico basado en antibióticos de amplio espectro y reposo intestinal.<sup>4,6</sup> Entre las indicaciones para el tratamiento quirúrgico se encuentran la falta de mejoría con el tratamiento conservador, la obstrucción intestinal, un episodio inicial antes de los 50 años de edad, dos o más episodios de diverticulitis, pacientes que requieren inmunosupresión, afectación del colon derecho e imposibilidad para descartar un carcinoma colónico.<sup>6,8,9</sup> En los casos de diverticulitis complicada, como en este individuo, el tratamiento de elección es el quirúrgico. Éste se basa en la resección del sitio afectado.<sup>12</sup> En el caso presentado se decidió practicar una colectomía total y resección del íleon distal con anastomosis ileorrectal dada la afectación sincrónica descrita con anterioridad, y se dejó una ileostomía en asa

para proteger la anastomosis debido al elevado riesgo de fuga. Esto último es aún tema de controversia, ya que existen series prospectivas en la literatura en las que se demuestra que la creación de estos estomas de protección conlleva una menor morbilidad y mortalidad posoperatorias.<sup>13</sup> En el último meta-análisis de la base de datos Cochrane no se encontró una clara ventaja a favor de los estomas, por lo que los autores sugieren la realización de más estudios prospectivos, aleatorizados y bien controlados para contar con un buen nivel de evidencia y recomendación.<sup>14</sup>

A pesar de ser una presentación atípica y complicada de este padecimiento, el paciente experimentó una evolución posoperatoria satisfactoria.

Los autores concluyeron que la enfermedad diverticular complicada sincrónica es una presentación muy poco frecuente de esta enfermedad, que sin embargo debe sospecharse ante un cuadro de abdomen agudo en un adulto mayor de 50 años. El estudio inicial, incluyó la obtención de una tomografía con contraste colónico y una extensa exploración quirúrgica del abdomen, lo que hizo posible la identificación precisa del cuadro. Este trastorno debe tratarse de acuerdo con la gravedad del cuadro clínico.<sup>8</sup>

## Referencias

1. Morton JJ. Diverticulitis of the colon. *Ann Surg* 1946;4:725-43.
2. Alanis A, Papanicolaou GK, Tadros RR, Fielding LP. Primary resection and anastomosis for treatment of acute diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 1989;11:933-9.
3. Loffeld RJ, van der Putten AB. Diverticular disease of the colon and concomitant abnormalities in patients undergoing endoscopic evaluation of the large bowel. *Colorectal Dis* 2002;4:189-92.
4. Kang JY, Melville D, Maxwell JD. Epidemiology and management of diverticular disease of the colon. *Drugs Aging* 2004;21:211-28.
5. Heise CP. Epidemiology and pathogenesis of diverticular disease. *J Gastrointest Surg* 2008;12:1309-11.
6. Jacobs DO. Clinical practice, diverticulitis. *N Engl J Med* 2007;357:2057-6.
7. Staszewicz W, Christodoulou M, Proietti S, Demartines N. Acute ulcerative jejunal diverticulitis: Case report of an uncommon entity. *World J Gastroenterol* 2008;14:6265-7.
8. Gupta N, Schirmer BD, Northup CJ. Image of the month, cecal diverticulitis. *Arch Surg* 2008;143:309-10.
9. Kabiri H, Clarke LE, Tzarnas CD. Appendiceal diverticulitis. *Am Surg* 2006;72:221-3.
10. Krajewski E, Szomstein S, Weiss EG. Synchronous diverticular perforation: report of a case. *Am Surg* 2005;71:528-3.
11. Comparato G, Di Mario F. Recurrent diverticulitis. *J Clin Gastroenterol* 2008;42:1130-4.
12. Tursi A, Brandimarte G, Giorgetti G, Elisei W, Maiorano M, Aiello F. The clinical picture of uncomplicated versus complicated diverticulitis of the colon. *Dig Dis Sci* 2008;53:2474-9.
13. Bax TW, McNeven MS. The value of diverting loop ileostomy on the high-risk colon and rectal anastomosis. *Am J Surg* 2007;193:585-7.
14. Güenaga KF, Lustosa SA, Saad SS, Saconato H, Matos D. Ileostomy or colostomy for temporary decompression of colorectal anastomosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;24:46-47.