

Dolor abdominal en paciente con antecedente de diverticulosis colónica

Valdés Fernández MB.¹, Gutiérrez Pantoja A.¹, Gil Sierra MA.², Molina López-Nava P.³

Sanid. mil. 2019; 75 (3): 172-173, ISSN: 1887-8571

PRESENTACIÓN

Mujer de 86 años de edad con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, dislipemia, colestiasis y diverticulosis en colon izquierdo, que acude a Urgencias por dolor abdominal de 4 días de evolución localizado en fosa ilíaca izquierda y mesogastrio irradiado a flanco derecho. No refería alteración del ritmo intestinal, ni náuseas, ni vómitos, ni sensación de fiebre.

En la exploración física el abdomen se encontraba blando, depresible y doloroso a la palpación en la fosa ilíaca izquierda, hipogastrio y mesogastrio. El signo de Blumberg era positivo y el de Murphy negativo.

En la analítica de Urgencias se detectó una ligera leucocitosis con discreta neutrofilia y una elevación de la proteína C reactiva. Ante la sospecha de diverticulitis colónica se solicitó un TC abdominopélvico.



Figura 1.

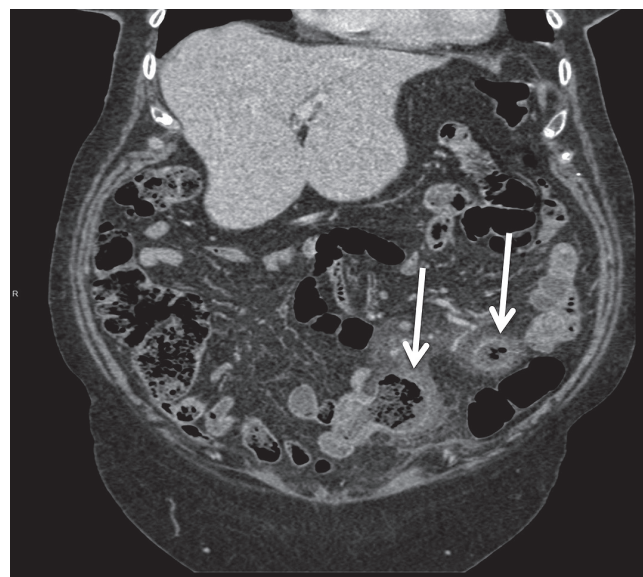


Figura 2.

Hallazgos en TC abdominopélvico

En hemiabdomen izquierdo, en región mesogástrica inferior y pelvis mayor se visualizan varias formaciones saculares dependientes de diferentes segmentos de íleon con contenido con patrón «en miga de pan» que representa material retenido de forma

prolongada, compatibles con divertículos, con engrosamiento y edema parietal, trabeculación y aumento del valor de atenuación de la grasa circundante que traduce naturaleza inflamatoria y pequeñas adenopatías locorregionales (Figuras 1 y 2). Pequeños divertículos en marco cólico sin signos inflamatorios. Colelitiasis sin signos de colecistitis. Apéndice cecal sin alteraciones.

¹ Facultativo Especialista de Área. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Central de la Defensa. Madrid. Profesora UAH.

² Facultativo Especialista de Área. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Central de la Defensa. Madrid.

³ Coronel Médico. Jefe Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Central de la Defensa. Profesor CUD Madrid.

Dirección para correspondencia: mvalfel@oc.mde.es

Recibido: 1 de febrero de 2019

Aceptado: 25 de junio de 2019

doi: 10.4321/S1887-85712019000300008

Diagnóstico: Diverticulitis ileal

DISCUSIÓN

La diverticulitis colónica es una de las urgencias abdominales más frecuentes que cursan como abdomen agudo¹, pero la diverticulitis de intestino delgado es una causa rara de dolor abdominal².

Los divertículos de intestino delgado son infrecuentes en la población general y se encuentran en el 2% de los estudios radiológicos con contraste baritado³ y entre 0,3%-1,3% en las autopsias². Su localización más frecuente es en el duodeno, siendo el íleon la localización menos común.

Los divertículos de intestino delgado pueden ser verdaderos o falsos. Los verdaderos están constituidos por todas las capas parietales, se suelen presentar en el borde antimesentérico y suelen ser únicos, siendo el ejemplo más representativo el divertículo de Meckel.

Los divertículos falsos pueden producirse como consecuencia de otras patologías de origen inflamatorio como en la enfermedad de Crohn o de origen infeccioso como en la tuberculosis, aunque en gran parte de los casos no hay una causa subyacente. Para algunos autores una anomalía en el peristaltismo y un aumento en la presión intraluminal podrían explicarlo². Están formados solo por mucosa y submucosa, se suelen presentar en el borde mesentérico y son múltiples³. Los divertículos yeyunoileales suelen ser falsos y suelen aparecer después de la sexta década⁴.

La mayoría son asintomáticos. A veces se rellenan de restos fecales o residuos alimenticios que obstruyen el ostium diverticular y pueden inflamarse provocando un abdomen agudo, sin que existan signos ni síntomas patognomónicos².

Las complicaciones de los divertículos ileales son muy raras, están descritas en un 6,5-10,4% de los casos⁴: diverticulitis, perforación (5%), flemón/absceso, obstrucción intestinal (3%),

hemorragia por erosión o ulceración de la mucosa diverticular (5%), diarrea crónica por sobrecrecimiento bacteriano en casos de afectación extensa, tromboflebitis séptica ascendente de la vena porta o ramas y formación de fistulas¹⁻³.

La Tomografía Computarizada es la técnica de imagen de elección para su diagnóstico. Pone de manifiesto el número, tamaño, segmento afectado, grado de inflamación y complicaciones locales y a distancia.

El tratamiento depende de la gravedad. En los casos leves se realiza tratamiento conservador con antibioterapia, reposo intestinal, hidratación y/o drenaje percutáneo de colecciones guiado por ecografía/TC.

En los casos complicados se recurre al manejo quirúrgico.

La paciente recibió tratamiento médico conservador (suero-terapia, analgesia y antibioterapia de amplio espectro) con evolución favorable, siendo dada de alta una semana después.

El interés de este caso radica en que se trata de una entidad poco frecuente pero que hay que conocer porque forma parte del diagnóstico diferencial del abdomen agudo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mehmet Ruhi Onur, Erhan Akpinar, Ali Devrim Karaosmanoglu, Cavid Isayev, Musturay Karcaaltincaba. Diverticulitis: a comprehensive review with usual and unusual complications. *Insights Imaging* 2017;8:19-27.
2. B. De Peuter, I. Box, R. Vanhese and S. Dymarkowski. Small-bowel Diverticulosis : Imaging findings and review of three cases. *Gastroenterol Res Pract* 2009;2009:549853.
3. P. I. Causa Andrieu, A. Seehaus, N. Bernard, D. O. Adri y S. Bertone. Tomografía Computada mulidetector en la enfermedad diverticular del intestino delgado. *Rev Argent Radiol.* 2017;81(3):214-218.
4. Svetlana Kleyman, Lelia Logue, Vincente Lau, Erick Maio, Aliu Sanni, Fe-roze Khan. *Journal J Surg Case Rep.* 2012;11:p. rjs 010.