

CASO CLÍNICO/ CLINICAL CASE

DIVERTICULITIS COMPLICADA EN UN PACIENTE DE 41 AÑOS. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LITERATURA.

Complicated Diverticulitis In A 41 Year Old Patient. Clinical Case Presentation And Literature Review.

*Edgar Vergara Dagobeth¹, Éiver Eliecer Sanes Peña², David Andrés Vergara García³.

Recibido: noviembre 29 de 2013.

Aprobado: diciembre 04 de 2013

Resumen

Introducción: La enfermedad diverticular complicada del colon es rara en pacientes jóvenes, estimándose una incidencia menor a 10% en las grandes series. **Caso clínico:** Se describe un paciente de 41 años de edad con complicaciones de enfermedad diverticular; quien presentó cuadro de abdomen agudo de pocas horas de evolución y requirió cirugía de urgencia, con buena evolución post-operatoria. **Conclusiones:** Algunos autores consideran que la diverticulitis en los pacientes jóvenes puede tener un comportamiento con más complicaciones que en los pacientes mayores. No obstante, informes recientes han señalado que el comportamiento de las complicaciones de la enfermedad diverticular puede ser el mismo en los pacientes jóvenes y en los de mayor edad.

Palabras clave: Enfermedad diverticular, Diverticulosis del Colon.

Abstract

Introduction: Complicated diverticular disease of the colon is rare in young patients, a lower incidence estimated at 10% in large series. **Clinical case:** This describes a 41 year old patient with diverticular disease complications who had severe, acute abdomen a few hours earlier and required emergency surgery, with good postoperative development.

Conclusions: Some authors consider that diverticular disease can cause more complications in younger patients than in elderly patients. However, recent reports have suggested that the behaviour of the complications of diverticular disease may be the same in both younger and elderly patients.

Key words: Diverticular disease, Diverticulosis, Colonic.

¹ Médico, Cirujano de mama y tejidos blandos, Hospital Universitario de Sincelejo, Sincelejo, Colombia. Profesor Asociado, Programa Medicina, Universidad de Sucre.

² Médico Interno, Universidad de Sucre, Sincelejo, Colombia.

³ Médico Interno, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

* **Correspondencia:** Correo electrónico: edgar.vergara@unisucre.edu.co

INTRODUCCIÓN

La enfermedad diverticular es uno de los problemas de salud más frecuentes en el mundo occidental. Según los reportes, 70-85% de los casos son asintomáticos, y sólo el 15-30% restante desarrolla complicaciones (1).

La prevalencia de la enfermedad se incrementa con la edad, por lo cual es poco común en pacientes jóvenes. Se estima que se presenta en menos de 10% de las personas menores de 40 años, y en 55 a 66% de las mayores de 80 años. Sin embargo, en los últimos años se ha visto un incremento en la incidencia de enfermedad diverticular del colon en pacientes menores de 50 años (1). En estos pacientes la historia natural de la enfermedad parece estar más ligada al desarrollo de complicaciones (2-4). Colombia no tiene datos epidemiológicos precisos de enfermedad diverticular (5).

A continuación se describe un paciente de 41 años de edad con enfermedad diverticular complicada, que requirió cirugía de urgencia.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 41 años de edad, quien acudió al servicio de urgencias por cuadro clínico de 12 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal de inicio en fosa iliaca derecha y posteriormente generalizado en todo el abdomen; niega náuseas, vómitos, cefalea y/o fiebre. No refirió antecedentes de importancia. Al examen físico se encontró alerta, sin dificultad respiratoria, afebril. Signos vitales: frecuencia cardíaca (FC): 120 latidos/minuto; tensión arterial (TA): 125/70mmHg; frecuencia respiratoria (FR): 20 respiraciones/minuto; temperatura (T°): 37°C; peso: 84 Kg. Mucosas húmedas, abdomen globoso, dolor a la palpación abdominal superficial en los cuatro cuadrantes, con signos de Blumberg, McBurney y Rovsing positivos. Los laboratorios reportaron hematocrito 44.6%, hemoglobina 11.2g/dL, leucocitos 15.100/cc, neutrófilos 93%, hemoclasificación: O Rh positivo (+).

La impresión diagnóstica fue apendicitis aguda y peritonitis, por lo cual se ordenaron líquidos

endovenosos, antibióticos y se trasladó al servicio de cirugía. En el pre-operatorio no se pudo poner sonda vesical al paciente. Se realizó laparotomía exploradora, y se observó peritonitis generalizada, diverticulitis perforada en colon sigmoideo y múltiples divertículos en colon sigmoides; apéndice cecal indemne y estenosis uretro-prostática. Se realizó drenaje de peritonitis generalizada, lavado de cavidad abdominal, colostomía tipo Hartmann y cistostomía percutánea suprapúbica. Tres meses después, se hizo corrección de estenosis uretral mediante uretrotomía interna endoscópica.

Posteriormente, se programó para cirugía, donde se realizó sigmoidectomía, anastomosis colono-colónica, cierre de colostomía, herniorrafia umbilical y lisis de adherencias peritoneales. El paciente evoluciona satisfactoriamente y se da alta médica con control post-quirúrgico.

REVISIÓN DE LITERATURA

La enfermedad diverticular del colon es una condición adquirida que consiste en la herniación de la mucosa, a través de orificios en la capa muscular de la pared abdominal. Los divertículos se describen como pseudodivertículos porque sus paredes no están formadas por todos los planos de la pared intestinal, contrario a los verdaderos divertículos que poseen todas las capas de la pared intestinal (6,7).

La diverticulosis se refiere a la presencia de uno o múltiples divertículos sin evidencia de proceso inflamatorio.

El espectro de la enfermedad diverticular incluye los casos en los cuales los divertículos producen manifestaciones clínicas, tales como sangrado o inflamación (8).

Diverticulitis es la inflamación de uno o más divertículos; el proceso inflamatorio puede ser con micro o macroperforaciones.

Se ha descrito que la enfermedad diverticular tiene una incidencia de 50% en estudios realizados en autopsias. Es mucho más frecuente en individuos mayores. Sólo entre 2 y 5% de los

casos ocurre en individuos menores de 40 años de edad, y 55-66% en mayores de 80 años (1). En el grupo etario más joven ocurre más frecuentemente en el sexo masculino, siendo la obesidad un factor de riesgo mayor (presente en 84–96 % de los casos) (9). En occidente los estudios demuestran que 90% de los divertículos están habitualmente localizados en el sigmoide y el colon descendente, seguidos por el colon derecho.

El 20% de los pacientes con divertículos puede presentar diverticulitis, y de éstos, sólo el 20% presenta alguna complicación, como sangrado, fístula o abscesos, entre otras (Ver Tabla 1).

Tabla 1: Estados de la enfermedad diverticular (10,11).

Estado	Característica
0	Desarrollo enfermedad diverticular.
I	Enfermedad asintomática.
II	Enfermedad sintomática a. Episodio simple. b. Recurrente. c. Crónica (dolor, diarrea).
III	Complicada a. Absceso. b. Flegmon. c. Obstrucción. d. Fistulización. e. Sangrado. f. Sepsis. g. Estrecheces.

Ha existido una controversia que se ha venido resolviendo en los últimos años, y gira en torno al grado de similitud existente entre la fisiopatología de la diverticulitis y la fisiopatología de la apendicitis. Lo que hasta el momento se conoce es que el proceso patogénico es diferente en estas dos condiciones abdominales.

La diverticulitis puede desarrollar un variado espectro de cambios inflamatorios, que pueden ir del rango de una inflamación local subclínica hasta una peritonitis generalizada con perforación libre (12).

El mecanismo por el cual ocurre la aparición de la diverticulitis está relacionado con la perforación de un divertículo, bien sea microscópica o macroscópica (12,13). La obstrucción intestinal, en el marco de la diverticulitis, es un evento

poco prevalente, y no se considera dentro de las principales causas de perforación. Por otro lado, la erosión de la pared diverticular que ocurre por aumento de la presión intraluminal lleva a inflamación y necrosis focal, lo cual es el detonante de la perforación intestinal (micro/macro). La clínica resultante obedece, por un lado, al tamaño de la perforación; y por otro lado, a la respuesta del organismo ante ésta. De este modo, las perforaciones bien controladas conllevan a la formación de un absceso, mientras que aquellas que no son bien controladas pueden causar peritonitis (14).

La tomografía abdominal contrastada es el método diagnóstico de elección, localiza y estadifica la enfermedad, tiene una sensibilidad de 90-95% y una especificidad del 65-100%.

En una serie de 42 pacientes con diverticulitis se observó la siguiente prevalencia de hallazgos en la tomografía computarizada (TC): (15).

- Inflamación de grasa pericólica: 98%
- Divertículos: 84%
- Pared intestinal engrosada: 70%
- Abscesos pericólicos: 35%
- Peritonitis: 16%
- Fístula: 14%
- Obstrucción colónica: 12%
- Fístulas intramurales: 9%

En cuanto al tratamiento de la diverticulosis se aconseja dieta rica en fibra y evitar sedentarismo. Actualmente se han sugerido nuevos tratamientos con ácido 5-aminosalicílico, probióticos y rifamicina en enfermedad diverticular no complicada sintomática, demostrándose mejoría clínica de la sintomatología.

En términos generales, el tratamiento de la diverticulitis dependerá del sistema de graduación de Hinchey, que clasifica, según la imagenología por TC, las complicaciones relativas a la enfermedad diverticular con perforación, así:

Grado I: Absceso pericólico o mesentérico.

Grado II: Absceso intraabdominal, retroperitoneal o pélvico tabicado.

Grado III: Peritonitis purulenta.

Grado IV: Peritonitis fecaloide.

Hinchey I: Si el absceso es menor de 5 cm en su diámetro máximo puede ser tratado inicialmente con antibióticos endovenosos. De no haber respuesta debe reevaluarse por medio de TC abdomino-pélvica. Si existe aumento del tamaño del absceso, puede drenarse guiado por TC. Usualmente el dolor, la fiebre y la leucocitosis se resuelven en el curso de las 72 horas posteriores al drenaje.

Hinchey II: Su abordaje depende de la magnitud y localización del absceso, la condición clínica del paciente y las comorbilidades, así como de la posibilidad de drenaje percutáneo. Abscesos pequeños pueden resolverse con terapia antibiótica y reposo intestinal. Abscesos de mayor tamaño deben ser drenados de manera percutánea o quirúrgica. El drenaje percutáneo no sólo permite estabilizar al paciente sino que pospone la cirugía.

Hinchey III: La mortalidad alcanza un 6%. Resección y anastomosis es una opción atractiva en términos de técnica operatoria, reducción de costos y menos días de hospitalización pero su desventaja es el riesgo de dehiscencia de la anastomosis (1-7%). La operación de Hartmann es comúnmente utilizada. El segundo tiempo operatorio, para cerrar la colostomía, puede ser técnicamente dificultoso (30% irreversibilidad). La colostomía es técnicamente demandante y se asocia a alta morbi-mortalidad (23-69%). A pesar de lo dicho, la operación de Hartman sigue siendo preferida sobre resección y anastomosis especialmente en la diverticulitis perforada.

Hinchey IV: La mortalidad asciende a un 36%. La técnica de Hartmann es la más recomendada para la intervención en este estadio, aunque existen muy pocos estudios que comparan resección-anastomosis con Hartmann para estos efectos. La Laparoscopia, mientras tanto, no ha sido aceptada aún como parte del tratamiento.

En estudios recientes se ha demostrado que la resección primaria está asociada con: (16-19).

- Estancia hospitalaria más corta.
- Menor morbilidad que sólo con colostomía y drenaje.
- Mortalidad más baja que con colostomía sola versus resección (26% vs 7%).
- Mejor supervivencia.

En un estudio se encontró que la intervención de Hartmann está asociada a morbimortalidad importante en pacientes con peritonitis de origen diverticular sigmoideo de grados III-IV de Hinchey. La mayoría tiene severas comorbilidades y alto grado de factores de riesgo, lo cual condiciona la incidencia de morbilidad y mortalidad (14). A causa del uso frecuente de este procedimiento en pacientes con peritonitis difusa y en enfermos con comorbilidades asociadas, se han obtenido índices no despreciables de abscesos intrabdominales o peritonitis difusa postoperatoria (que varían entre 4.9 a 13.3%) (20-22).

En los pacientes jóvenes, la historia natural de la enfermedad diverticular sigue mostrando una tendencia a mayor incidencia de complicaciones, recurrencia de los síntomas y un aumento de la incidencia de pobres resultados que, en última instancia, requieren manejo quirúrgico. (23-25) Pese a esto, algunos informes recientes han postulado que en pacientes jóvenes y de mayor edad el porcentaje de complicaciones podría ser equiparable (9). La cirugía es a menudo el tratamiento de elección para pacientes sintomáticos jóvenes (aproximadamente el 50% en comparación con el 30% de todos los pacientes) (26). Además, en pacientes jóvenes sin patología comórbidas, la cirugía electiva luego de un episodio de diverticulitis sigue siendo una recomendación razonable (27).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez U, Santamaría J, Cruz J, García J. Enfermedad diverticular del colón complicada en pacientes menores de 35 años. Presentación de dos casos y revisión de la

- literatura. Cirugía y Cirujanos 2010;
2. Chautems R, Ambrosetti P, Ludwing A, Mermillod B, Morel P, Soravia C. Long-term follow-up after first acute episode of sigmoid diverticulitis: is surgery mandatory? A prospective study of 118 patients. *Dis Colon Rectum* 2002; 45(7):1187-1191.
 3. Lahat A, Menachem Y, Avidan B, Yanai H, Sakhnini E, Bardan E, et al. Diverticulitis in the young patients is it different? *World J Gastroenterol* 2006; 12(18):2932-2935.
 4. Nelson R, Velasco A, Mukesh B. Management of diverticulitis in younger patients. *Dis Colon Rectum* 2006; 49(9):1341-1345.
 5. Referencia epidemiología Colombia.
 6. Villegas M, et all. Enfermedad diverticular de colon. Aspectos claves Cirugía general, Colección CIB 2013; 13:161-170.
 7. Brunicardi, Charles et all. Diverticular disease. *Schwartz's Principles of Surgery, McGraw-Hill's, 9th Ed 2010; Chap 13.*
 8. Garcia R. Diverticulitis aguda. [Online] Sección de Cirugía de Colon y Recto Clínica Reina Sofía; Bogotá Cap. XX: 824 – 828. Disponible en: http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/gastrointestinales/Diverticulitis_aguda.pdf
 9. Schauer PR, Ramos R, Ghiatas A, et al. Virulent diverticular disease in young obese men. *AmJ Surg* 1992; 164:443–6; discussion 446–8.
 10. *American Journal of Gastroenterology* 2008; 1550-1556.
 11. Anish A, Walter L, Martin. Diverticular Disease and Diverticulitis. *Am J Gastroenterol* 2008; 103:1550–1556.
 12. Casal N, Ruano P, García M, et all. Morbilidad y mortalidad tras la intervención de Hartmann por peritonitis de origen diverticular (grados III-IV de Hinchey). *Cir Esp* 2008; 84(4):210-4.
 13. Murphy T, Hunt R, Fried M, Krabshuis J. Enfermedad Diverticular. [Online] *World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines*. Disponible en: http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/es/pdf/guidelines/enfermedad_diverticular.pdf
 14. Frascarelli G. Enfermedad diverticular de colon. Tratamiento endoscópico en diverticulitis. *Rev Asoc Coloproct del Sur* 2007; 2(2): 16-32.
 15. Padilla P, Paniagua D, Palacio H, Pasco A. Enfermedad Diverticular. [Online]. Universidad libre seccional Barranquilla 2007. Disponible en: <http://www.slideshare.net/deixygarcia63/enfermedad-diverticularfina-Imodif>
 16. Hulnick D, Megibow A, Balthazar E, Naidich D, Bosniak M. Computed tomography in the evaluation of diverticulitis. *J Intensive Care Med* 2004; 19(4): 194-204.
 17. Rodkey G, Welch C. Changing patterns in the surgical treatment of diverticular disease. *Ann Surg* 1984; 200(4):466–78.
 18. Aguste L, Barrero E, Wise L. Surgical management of perforated colonic diverticulitis. *Arch Surg* 1985; 120(4):450–2.
 19. Finlay I, Carter A. Comparison of emergency resection and staged management in perforated diverticular disease. *Dis Colon Rectum* 1987; 30:929–33.
 20. Aydin HN, Tekkis PP, Remzi FH, Constantinidis V, Fazio V. Evaluation of the risk of a nonrestorative resection for the treatment of diverticular disease: The Cleveland clinic diverticular disease propensity score. *Dis Colon Rectum* 2006; 49(5):629-39.
 21. Breitenstein S, Kraus A, Hahnloser D, et al. Emergency left colon resection for acute perforation: primary anastomosis or Hartmann's procedure? A case-matched control study. *World J Surg* 2007;31(11):2117-24
 22. Casal J, Ruano A, García M, Carracedo R, Campo V. Morbilidad y mortalidad tras la intervención de Hartmann por peritonitis de origen diverticular (grados III-IV de Hinchey). *Cir Esp* 2008; 84(4):210-214.
 23. Cunningham MA, Davis JW, Kaups KL. Medical versus surgical management of diverticulitis in patients under age 40. *Am J Surg* 1997; 174(6):733–5; discussion 735–6.

24. Anderson DN, Driver CP, Davidson AI, Keenan RA. Diverticular disease in patients under 50 years of age. *J R Coll Surg Edinb* 1997;42(2):102–4
25. Chávez-Tapia, Lizardi-Cervera. Diverticulitis en paciente joven. *Médica Sur* 2002; 9(4):161-164.
26. Anderson D, Driver C, Davidson A, Keenan R. Diverticular disease in patients under 50 years of age. *JR Coll Surg Edinb* 1997; 42(2):102–4.
27. Acosta JA, Grebenc ML, Doberneck RC, McCarthy JD, Fry DE. Colonic diverticular disease in patients 40 years old or younger. *Am Surg* 1992; 58(10):605-607.