

# Diverticulitis aguda: clínica, exámenes complementarios y tratamiento

Lemercier P, Paz Maya S, Parra Gordo ML, Rodríguez Téllez CE, Arango Arroyave JJ, Rojas Arboleda AF, Rudenko P, Estellès Lerga P, Brugger Frigols S, Sifre Martínez E

Unidad de Imagen Médica. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

Varón de 34 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, salvo tabaquismo de 7-8 cigarrillos diarios y enolismo ocasional. Acude por dolor en la fosa iliaca izquierda (FIL), de unas 20 horas de evolución, sin otros síntomas. No ha tenido vómitos, náuseas, sensación febril, ni cambios del hábito intestinal.

En el examen clínico el abdomen es blando, doloroso a la palpación en la FIL y con defensa muscular; el resto de la exploración es normal.

La analítica sanguínea muestra como único hallazgo un síndrome inflamatorio con leucocitosis y neutrofilia, discreto aumento de PCR (21) y del fibrinógeno (457). El análisis de orina es normal.

Se realiza una radiografía simple de abdomen en la que no se identifica ningún hallazgo patológico (figura 1).

Ante a la sospecha de diverticulitis aguda por la asociación de dolor con defensa abdominal en la FIL y leucocitosis, se realiza una ecografía abdominal que muestra un engrosamiento parietal del colon descendente y del sigma, imágenes diverticulares en la zona de mayor dolor, hiperecogenicidad de la grasa local (figura 2) e hiperemia de la pared del sigma en el estudio Doppler-color (figura 3), lo

que confirma el diagnóstico de diverticulitis.

El paciente ingresa para tratamiento. Persiste el dolor en las 48 horas siguientes. La ecografía no permite descartar la presencia de todas las complicaciones asociadas a esta entidad (abscesos, fístulas, obstrucción, perforación), por lo cual se decide completar el estudio con una tomografía computarizada (TC) abdominal.

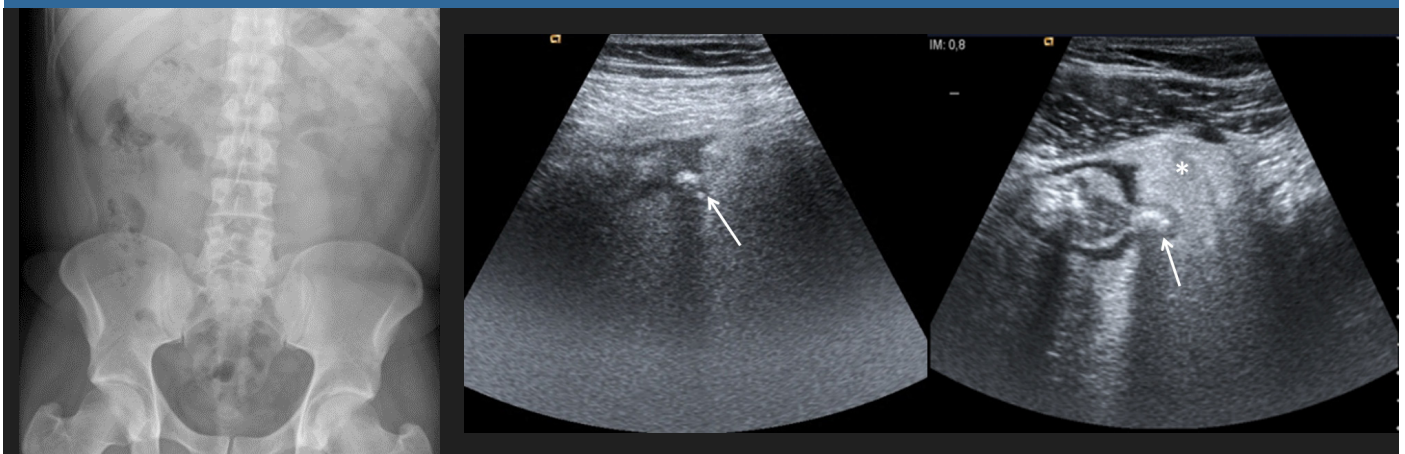
Con contraste intravenoso, en la TC se observa un engrosamiento parietal del colon en la transición descendente-sigma, que afecta a un trayecto de aproximadamente 15 cm y asocia rarefacción y edema de la grasa adyacente, así como mínima lámina de líquido adyacente. En esta zona de mayor inflamación, se observa un divertículo que parece ser el causante de la inflamación, así como una burbuja de aire adyacente correspondiente a una microperforación (figura 4). La TC permite la realización de reconstrucciones coronales (figura 5). En el resto del sigma y colon descendente se observaban múltiples divertículos.

Con ello se confirma el diagnóstico final de diverticulitis aguda complicada con microperforación.

El paciente presenta buena evolución con tratamiento médico; se reanuda el tránsito digestivo y

**Figura 1. Radiografía simple de abdomen sin hallazgos patológicos**

**Figura 2. Ecografía en modo B en la fosa iliaca izquierda con engrosamiento parietal del colon, imagen diverticular (flechas) e hiperecogenicidad de la grasa (asterisco)**



la tolerancia oral, por lo que se le da el alta con tratamiento antibiótico (amoxicilina-clavulánico, 875/125 cada 8 horas durante siete días), analgésico a demanda y medidas higiénico-dietéticas.

## COMENTARIO

La diverticulosis es una patología frecuente que afecta por igual a hombres y mujeres. Su prevalencia aumenta con la edad y afecta a 1-2 % de los pacientes de menos de 30 años y a 50-66 % de los mayores de 80 años. Entre 10 y 25 % de los pacientes con diverticulosis tendrán diverticulitis{1}.

Su conocimiento y tratamiento adecuado es imprescindible para evitar las complicaciones, que pueden llegar a ser letales. Conocer los signos de gravedad permite decidir entre un tratamiento ambulatorio y un tratamiento hospitalario.

El sigma es el segmento del colon con el diámetro más pequeño y lugar de mayor presión. Esta presión intraluminal importante predispone a la herniación de la mucosa en los [locus minoris resistentiae] (donde los vasos sanguíneos penetran la [muscularis mucosae]). Tres factores principales explican la patogénesis de la enfermedad: las anomalías estructurales (depósitos de elastina), los trastornos de la motilidad intestinal y la deficiencia de fibra en la alimentación. Otros factores desempeñan probablemente un importante papel, como la inflamación, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), el tabaquismo, la obesidad, el sedentarismo, el alcohol, la cafeína y la alteración de la flora intestinal{1}.

La presentación típica se caracteriza por dolores abdominales en la FII, acompañados de febrícula,

alteración del ritmo intestinal (estreñimiento en 70 %, diarrea en 30 %), náuseas, vómitos y sangre en la heces (25 %).

Pueden existir también síntomas urinarios, como disuria, incontinencia o polaquiuria. Con la palpación el abdomen y el tacto rectal son dolorosos.

En 20 % de los casos, se palpa una masa en la FII. Según la extensión de la inflamación pueden estar presentes signos peritoníticos localizados o difusos.

La analítica sanguínea muestra leucocitosis con neutrofilia, aunque un hemograma normal no descarta la diverticulitis.

En la orina puede existir piuria estéril por inflamación del uréter al contacto con el foco de diverticulitis. La bacteriuria orienta a una fístula colouretal o colovesical.

Se debe plantear el diagnóstico diferencial con patologías ginecológicas, urológicas, pancreáticas o intestinales, tanto inflamatorias (colitis, apendicitis epiploica), infecciosas o tumorales. Ante una obstrucción, siempre se debe descartar un carcinoma subyacente.

La diverticulitis se puede complicar en 25 % de los casos y provocar abscesos (la complicación más frecuente), fístulas, obstrucciones intestinales, perforaciones y peritonitis estercorácea. Hasta 8 % de las complicaciones son fatales. Por eso, son necesarias las técnicas de imagen (radiografías de tórax, abdomen o la TC) para descartar neumoperitoneo (perforación), íleo (presencia de niveles hidroaéreos) o neumovejiga (fístula colovesical).

La ecografía puede confirmar el diagnóstico de igual forma que la TC{1,2}. Los signos ecográficos son el engrosamiento de la pared del colon,

**Figura 3. Ecografía en modo Doppler-color con hiperemia de la pared del colon**

**Figura 4. Corte transversal de TC abdominal que muestra divertículo (flecha) con microperforación (punta de flecha) y rarefacción de la grasa pericólica (asterisco)**

**Figura 5. Reconstrucción coronal de TC abdominal con engrosamiento de la pared del colon descendente, divertículos (flecha) y rarefacción de la grasa (asterisco)**

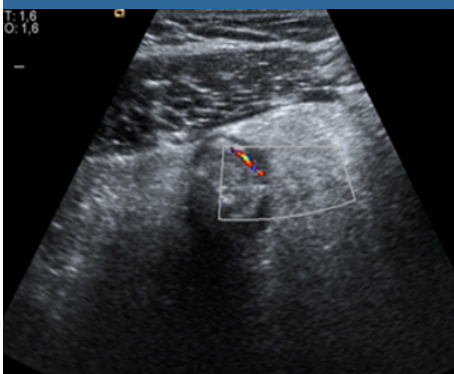
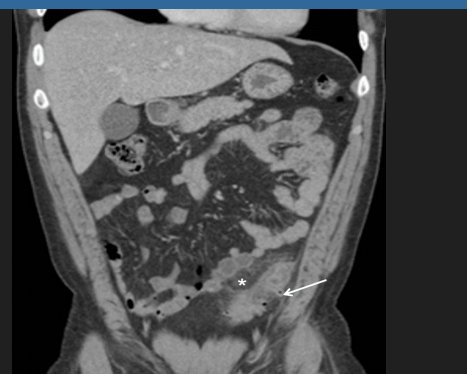


Figura 4. Corte transversal de TC abdominal que muestra divertículo (flecha) con microperforación (punta de flecha) y rarefacción de la grasa pericólica (asterisco)



la hiperecogenicidad de la grasa mesentérica adyacente, las áreas hipoecoicas mal delimitadas, la presencia de divertículos, la hiperemia mural y los signos de complicación (como la presencia de absceso como colección hipoecoica con ecos internos). Tiene como desventajas ser operador y paciente-dependiente y no ser tan sensible como la TC en la detección de las complicaciones.

La TC abdominal con contraste yodado intravenoso es la prueba de elección. Muestra los signos clásicos: engrosamiento de la pared (70 % de los casos), infiltración de la grasa pericólica (98 %), líquido libre, trayectos fistulosos, abscesos, perforaciones y neumoperitoneo{3-5}.

El tratamiento es ambulatorio si no hay comorbilidad importante y el paciente colabora y es capaz de hidratarse por vía oral. Se debe hospitalizar al paciente si aparecen complicaciones, dolor importante que no cede con analgesia o si los parámetros bioquímicos de inflamación no mejoran tras 72 horas.

El tratamiento consiste en dieta líquida sin fibra y antibioterapia durante 7-10 días{2,6}. Debe cubrir bacterias gramnegativas ([E. coli]) y anaerobios ([Bacteroides fragilis]). Varias son las combinaciones: quinolonas + metronidazol; cefalosporinas de tercera generación + metronidazol; cotrimoxazol + metronidazol o amoxicilina/clavulánico, piperacilina/tazobactam o carbapenem.

En caso de segundo episodio de diverticulitis, se aconsejaba la resección quirúrgica del segmento afectado, pero actualmente se considera que el número de diverticulitis agudas previas del paciente no es el factor primordial a la hora de decidir la intervención. La decisión de operar una diverticulitis no complicada debe ser individualizada, teniendo en cuenta la edad, la comorbilidad, la frecuencia y gravedad de las crisis y la persistencia de síntomas después de la infección{7}.

Las diverticulitis complicadas con abscesos pueden resolverse con antibioterapia si son pequeños (menores de 3 cm) o mediante drenaje percutáneo si son mayores. En caso de que no se produzca la curación de un absceso tras 72 horas o haya otra complicación, como fistulas, obstrucciones o perforación con peritonitis, se requiere cirugía tipo "Hartmann".

## BIBLIOGRAFIA

1. Matrana MR, Margolin DA. Epidemiology and pathophysiology of diverticular disease. *Clin Colon Rectal Surg* 2009;22:141-6.
2. Ferzoco LB, Raptopoulos V, Silen W. Acute diverticulitis. *N Engl J Med* 1998;33:1521-6.
3. O'Malley ME, Wilson SR. US of gastrointestinal tract abnormalities with CT correlation. *Radiographics* 2003;23:59-72.
4. Chintapalli KN, Chopra S, Ghiatas AA, Esola CC, Fields SF, Dodd GD 3rd. Diverticulitis versus colon cancer: Differentiation with helical CT findings. *Radiology* 1999;210:429-35.
5. Horton KM, Corl FM, Fishman EK. CT evaluation of the colon: inflammatory disease. *Radiographics* 2000;20:399-418.
6. Salzman H, Lillie D. Diverticular disease: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician* 2005;72:1229-34.
7. Martin ST, Stocchi L. New and emerging treatments for the prevention of recurrent diverticulitis. *Clin Exp Gastroenterol* 2011;4:203-12.