

Caso	(781) Diverticulitis aguda complicada con peritonitis y perforación secundaria
Autores	Orieth Jacome Torres, Orieth Jácome Torres, Sara Brugger Frigols, Jose Fernando Melo Villamarín, Daniel Felipe Mora Aristizábal, Rosa María Piqueras, Pilar Estellés
Centro	Hospital Universitario Y Politécnico La Fe, Valencia

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 53 años que acude a SU con dolor abdominal de 7 días de evolución en mesogastrio y FII, con fiebre no termometrada en los últimos dos días. A la EF presenta abdomen doloroso de forma difusa, con signos de irritación peritoneal y dolor más evidente en FII/hipogastrio con defensa local a la palpación. En la analítica destaca PCR 321. Se realiza TC abdominopélvico con CIV que muestra marcado engrosamiento mural en la transición recto-sigmoidea con múltiples divertículos, hipodenso por el edema submucoso, que asocia cambios inflamatorios en el mesosigma, identificándose adyacente a la pared del sigma, una colección mal delimitada de mayor atenuación con múltiples burbujas aéreas extraluminales. Existe abundante líquido en pelvis con hipercaptación del peritoneo parietal y engrosamiento mural segmentario de ileon distal de carácter reactivo, adyacente al proceso infamatorio; hallazgos todos ellos de diverticulitis aguda con perforación y peritonitis asociada. Se realizó el diagnóstico de diverticulitis aguda tipo 4 en la clasificación de Hinchey modificada.

DISCUSIÓN

La diverticulitis aguda es la complicación más frecuente de la enfermedad diverticular colónica (10 - 25 % de los casos). Se considera que los divertículos se originan a partir de grandes presiones intraluminales en el colon, secundario al estreñimiento y dietas bajas en fibra, produciéndose herniación de la mucosa y submucosa a través de la capa muscularis propia. Estos divertículos se perforan micro o macroscópicamente produciendo un cuadro agudo.

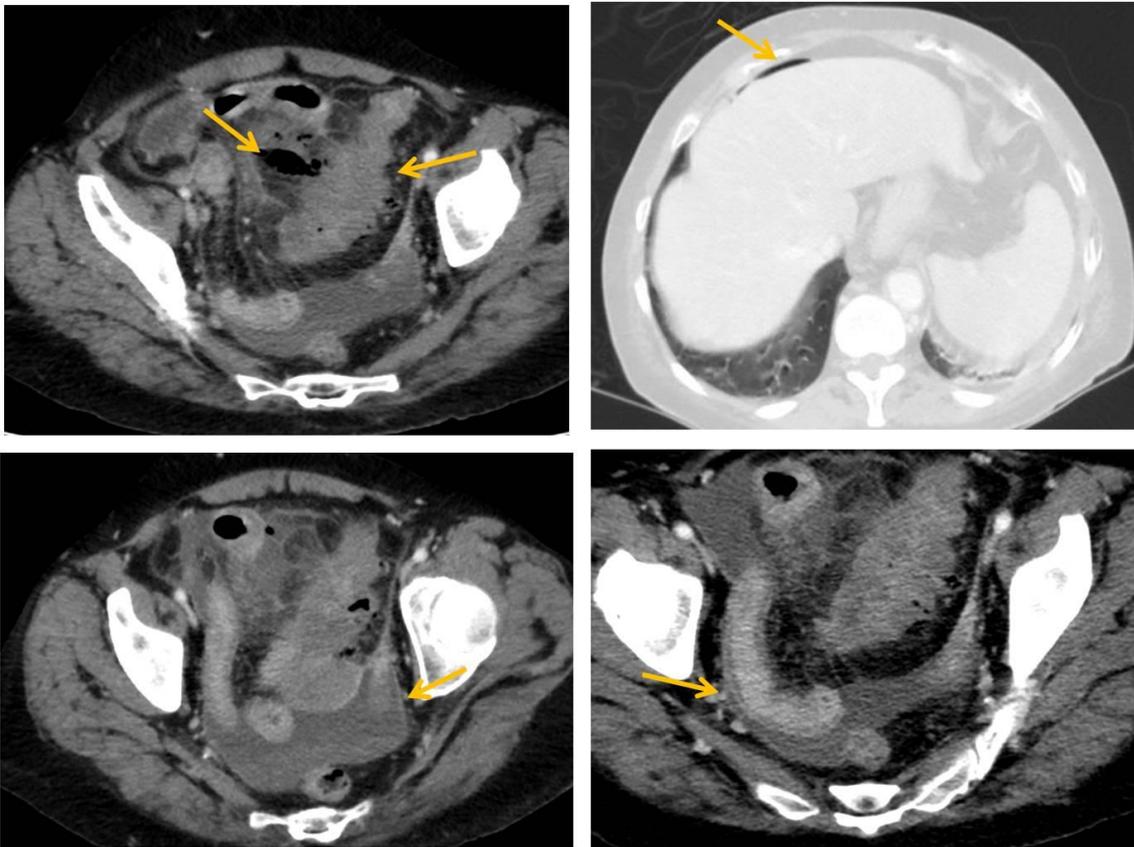
La clínica varía según la severidad de la perforación y la respuesta del organismo. Hay gran riesgo de recidiva después del episodio inicial. La obesidad, el hábito tabáquico y algunos medicamentos como opioides o corticoesteroides, predisponen a diverticulitis aguda. La TC es la técnica diagnóstica de elección ya que permite confirmar la enfermedad y descartar complicaciones. Inicialmente Hinchey y colaboradores plantearon una clasificación para describir las complicaciones de la diverticulitis aguda que fue modificada por Wasary en 1999. Más tarde, Kaiser y colaboradores, modificaron la clasificación basándose en los hallazgos tomográficos clasificándola en 4 estadios: el estadio I se divide en dos: estadio IA que presenta cambios inflamatorios pericólicos limitados, y el IB que asocia abscesos adyacentes a dichos cambios. El estadio II incluye abscesos a distancia, en pelvis, retroperitoneales o en otra localización alejada del proceso inflamatorio. En este grupo se tiene en cuenta además el tamaño del absceso para definir el manejo. El estadio III incluye la peritonitis purulenta con líquido libre intraabdominal

sin clara evidencia de comunicación con el lumen intestinal y el estadio IV lo define la peritonitis fecaloidea con evidencia de comunicación con la luz intestinal. Es conveniente utilizar una terminología común entre clínicos y radiólogos para transmitir adecuadamente la información relevante.

La detección de complicaciones a través de TC puede modificar de forma significativa el plan de manejo y repercutir en la morbimortalidad.

CONCLUSIÓN

La diverticulitis aguda es la complicación más frecuente de la enfermedad diverticular. La identificación temprana de sus complicaciones permite adecuar el manejo y mejorar el resultado clínico.



Imágenes de TC abdominopélvica con civ. La flecha amarilla en A muestra el marcado engrosamiento mural segmentario del recto-sigma con múltiples divertículos de paredes engrosadas. Cambios inflamatorios en la grasa pericolónica. La flecha naranja muestra aire libre extraluminal adyacente al sigma, por perforación de un divertículo inflamado y cambios inflamatorios en mesosigma. En B ventana pulmón. La flecha señala el neumoperitoneo perihepático anterior. La flecha en C muestra líquido libre en pelvis de densidad discretamente heterogénea con hipercaptación del peritoneo parietal, que indica peritonitis. La flecha en D muestra el engrosamiento mural de asas de ileon contacto con la colección pélvica, de carácter reactivo

BIBLIOGRAFÍA

1. Peery A. Recent Advances in Diverticular Disease. *Current Gastroenterology Reports*. 2016;18(7). <https://doi.org/10.1007/s11894-016-0513-1>.
2. DeStigter K, Keating D. Imaging Update: Acute Colonic Diverticulitis. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*. 2009; 22(03):147-155. DOI: 10.1055/s-0029-1236158.
3. A, Ippolito G, Souza L. What radiologists should know about tomographic evaluation of acute diverticulitis of the colon. *Radiologia Brasileira*. 2017;50(2):126-131. DOI:10.1590/0100-3984.2015.0227.