



REPORTE DE CASO

DIVERTICULITIS COLÓNICA DERECHA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

RIGHT COLONIC DIVERTICULITIS, A CLINICAL CASE REPORT.

Evelyn San Martín¹, Constanza Segura¹, Carolina Alegría¹, Amanda Osorio¹, Katrina Lolas².

¹Interna de medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

²Médico-Cirujano, Becada de Cirugía, Universidad de Chile, Santiago, Chile

RESUMEN

Introducción: La diverticulitis colónica es la inflamación de un divertículo. El 90% se origina en colon descendente y sigmoides, sin embargo, el 8% se localiza en colon derecho.

Caso Clínico: A continuación se presenta caso de paciente adulto, de nacionalidad colombiano, sin comorbilidades, que presenta cuadro de dolor abdominal en fosa ilíaca derecha, asociado a fiebre, náuseas y vómitos. Consulta en servicio de urgencia, evoluciona con signos de irritación peritoneal y parámetros inflamatorios elevados. Se realiza ecografía abdominal que no demuestra alteraciones, por lo que se toma Tomografía Computada (TC) Abdomen-Pelvis que muestra signos de diverticulitis colónica derecha con colección hidroaérea de 2 x 2 cm pericolónica. Debido a los hallazgos, se diagnostica diverticulitis colónica derecha complicada, Hinchey I, y se realiza manejo médico con reposo intestinal, hidratación endovenosa y tratamiento antibiótico biasociado. Paciente evoluciona favorablemente, dándose de alta con control ambulatorio.

Discusión: Este caso, corresponde clínica y radiológicamente a una diverticulitis colónica derecha, patología poco frecuente y difícil de diagnosticar debido a la similitud con apendicitis aguda. En algunas ocasiones el diagnóstico es intraoperatorio, y se recomienda el estudio diferido con colonoscopia a las 6 semanas de finalizado el cuadro para descartar patología maligna asociada.

PALABRAS CLAVE: *dolor abdominal; diverticulitis; apendicitis; colonoscopia; antibiótico.*

ABSTRACT

Introduction: Colonic diverticulitis is the inflammation of a diverticulum. 90% of them originates from descending and sigmoid colon, but 8% is located in the right colon.

Clinical Case: We show the case of an adult Colombian patient, without comorbidities, presenting abdominal pain in the right iliac fossa, associated with fever, nausea and vomiting. He consults to an emergency service, evolves with signs of peritoneal irritation and elevated inflammatory parameters. Abdominal ultrasound does not show alterations, so an Abdominal-Pelvic Computed Tomography (CT) is performed showing signs of right colonic diverticulitis with a pericolonic hydroaerial collection of 2 x 2 cm. Because of the findings, the patient is diagnosed with complicated right colonic diverticulitis, Hinchey I, and medical management is performed with bowel rest, intravenous therapy and bi-associated antibiotics. The patient evolves well, being discharged and mantaining ambulatory control.

Discussion: This case corresponds clinically and radiologically to a right colonic diverticulitis, a rare pathology that is difficult to diagnose because of its similarity with acute appendicitis. Sometimes the diagnosis is intraoperative, and it is



recommended to carry out a deferred study with colonoscopy 6 weeks after the end of the clinical picture to rule out associated malignancy.

KEYWORDS: abdominal pain; diverticulitis; appendicitis; colonoscopy; antibiotic.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad diverticular del colon es una causa importante de ingresos hospitalarios y un contribuyente importante de los costos sanitarios de las sociedades occidentales^(1,2). En EEUU la diverticulitis aguda es la tercera enfermedad gastrointestinal más común que requiere hospitalización y la principal indicación de resección electiva de colon^(3,4). El divertículo es una protrusión sacular, formada por la herniación de la mucosa y la submucosa a través del músculo liso de la pared colónica. Se clasifican en dos tipos: verdaderos y pseudodivertículos, éstos últimos son los más frecuentes y ocurre cuando la mucosa sale a través del músculo, generalmente en forma adquirida con el tiempo^(5,6). La diverticulitis es el resultado de una perforación microscópica o macroscópica de un divertículo debido a la inflamación diverticular y necrosis focal. Se estima que aproximadamente un 10-25% de los pacientes con divertículos desarrollará diverticulitis y esta incidencia va aumentando con la edad, siendo más frecuente en mayores de 60 años⁽⁶⁾. Los factores de riesgo para su desarrollo son: dieta baja en fibra y alta en carbohidratos refinados y carnes rojas, sedentarismo, constipación, obesidad, tabaquismo, alcohol, consumo de antiinflamatorios no esteroideos, corticoides, opiáceos y inmunodepresión^(7,8,9).

La mayor parte de los divertículos se localizan en el colon descendente y sigmoides (90%) y sólo un 8% en colon ascendente, por lo que la diverticulitis aguda de colon derecho se define como una enfermedad de baja incidencia⁽⁷⁾. El dolor abdominal es el síntoma más común en los pacientes, generalmente en el cuadrante inferior izquierdo debido a la afección de colon sigmoides, sin embargo también puede presentarse, con menor frecuencia, dolor a nivel suprapúbico o en cuadrante inferior derecho, como es el caso de la diverticulitis aguda de colon derecho la cual tiene mayor incidencia en la población Asiática^(10,11). Es por ello que la diverticulitis aguda de colon derecho es de difícil diagnóstico, confundiendo, principalmente, con la apendicitis aguda debido a la similitud de clínica y alza de parámetros inflamatorios^(12,13,14,15). Su mayor incidencia es

entre los 40 a 45 años⁽¹⁶⁾. Dependiendo del tipo de presentación su manejo puede ser médico o quirúrgico^(17,18). El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de diverticulitis derecha, diagnosticado y manejado en el Hospital San Juan de Dios.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, 46 años, de nacionalidad colombiano, sin antecedentes médico-quirúrgicos, cursa con cuadro de 4 días de evolución de dolor abdominal, iniciado en fosa ilíaca derecha, asociado a náuseas, vómitos y fiebre de hasta 38,7°C. Al interrogatorio dirigido no refiere diarrea ni signos de irritación vesical. Consulta en Hospital de Talagante en donde se sospecha Apendicitis Aguda. Allí se solicitan exámenes de laboratorio, destacando parámetros inflamatorios elevados (Proteína C Reactiva 181 mg/L, Leucocitos 16300/uL) y Ecotomografía Abdominal, en la cual no se evidencian signos de apendicitis aguda ni la presencia de otros hallazgos patológicos. El paciente evoluciona con intensificación del dolor, asociado a signos de irritación peritoneal y distensión abdominal, por lo que es trasladado al servicio de urgencia del Hospital San Juan de Dios. Allí se realiza Tomografía Computada (TC) Abdomen-Pelvis, el que informa diverticulitis aguda de colon derecho asociada a colección hidroaérea pericolónica de 2 x 2 cms. (**Figura 1**). Con tales hallazgos, se diagnostica diverticulitis aguda derecha complicada, clasificación Hinchey: I y se maneja con tratamiento médico consistente en reposo intestinal, hidratación endovenosa y esquema antibiótico endovenoso asociado (Ceftriaxona y Metronidazol). Progresa con buena respuesta clínica y de laboratorio. Al séptimo día evoluciona con buena tolerancia oral, sin dolor y parámetros inflamatorios normales, por lo que se indica alta con control ambulatorio. Paciente firmó consentimiento informado para que su caso fuera expuesto.



DISCUSIÓN

La diverticulitis aguda de colon derecho es una patología poco común que generalmente se presenta en adultos jóvenes (menores de 50 años)⁽¹⁹⁾ y que se caracteriza por presentarse con dolor abdominal localizado en cuadrante inferior derecho, asociado a fiebre, náuseas, vómitos⁽²⁰⁾ y parámetros inflamatorios elevados⁽²¹⁾. En el caso presentado, tanto la clínica como la edad del paciente se enmarcan dentro del cuadro mencionado, pero debido a que la sintomatología es poco específica, se tiende a confundir con otras patologías⁽²⁰⁾. El principal diagnóstico diferencial es la apendicitis aguda, por lo que en una cantidad importante de pacientes se identifica la diverticulitis durante la apendicectomía^(19,22,23). Ante esto, el estudio imagenológico adopta un rol sustancial para el diagnóstico correcto, evitando intervenciones quirúrgicas innecesarias^(23,24), como se puede apreciar en este caso, en que el estudio preoperatorio logró identificar la patología y descartar la apendicitis aguda.

El TC Abdomen-Pelvis es el estudio imagenológico de elección. Sirve para diagnosticar y clasificar la enfermedad según la extensión de la inflamación, ya que cuenta con una mayor sensibilidad y especificidad para la visualizar la diverticulitis e identificar sus complicaciones. Otro estudio que puede ser de utilidad es la Ecotomografía Abdominal. Ésta, cuando es realizada por expertos, puede alcanzar una sensibilidad y especificidad de hasta un 98%, pero esta cifra presenta gran variabilidad debido a su principal característica de ser operador-dependiente. Además, no es la primera opción cuando se sospecha la presencia de complicaciones de tipo absceso, ya que en estos casos es difícil la visualización de estructuras y ello disminuye la validez de sus resultados^(20,24).

A pesar de un completo estudio preoperatorio, en ocasiones, el diagnóstico sólo se realiza en el intraoperatorio debido a las dificultades técnicas de los exámenes imagenológicos para identificar estructuras anatómicas, causado por la presencia de variables fisiológicas en la anatomía o por la presencia de complicaciones^(24,25). En el caso presentado, el estudio

utilizado fue el TC Abdomen-Pelvis que favoreció a la administración de un tratamiento acorde, de manera rápida y oportuna. Así, es que en un número importante de pacientes, los resultados de los estudios de imagen en conjunto con el cuadro clínico determinarán el manejo para cada caso^(20,26,27), en donde se puede optar por tratamiento conservador con reposo intestinal y antibioticoterapia, hasta uno de índole quirúrgico, incluyendo resecciones radicales de colon. Algunos autores sugieren que si se diagnostica la diverticulitis en el preoperatorio, se debiera tratar con antibioticoterapia y reposo gástrico únicamente, y en los casos en que se objetiva una diverticulitis cecal no complicada durante una apendicectomía, se debe realizar la apendicectomía y continuar con tratamiento antibiótico en el postoperatorio⁽¹⁹⁾. En este caso, se optó por el manejo conservador, debido a la ausencia de complicaciones y de un diagnóstico realizado en el preoperatorio. El paciente evolucionó favorable, por lo que se comprueba la eficacia del tratamiento médico en estos estadios de la enfermedad, tal como se describe en la literatura⁽²⁸⁾.

Finalmente, es importante realizar un seguimiento en los pacientes que han presentado un episodio de diverticulitis aguda. Se recomienda controlar con colonoscopia a las 6 semanas posterior al cuadro agudo, principalmente para descartar la presencia de patología neoplásica asociada^(14,24,29,30). Pero también, se recomienda en pacientes mayores de 50 años que no cuenten con colonoscopia previa, y en pacientes que padecen de enfermedad diverticular conocida y que se someterán a intervención quirúrgica de su patología⁽²⁴⁾.



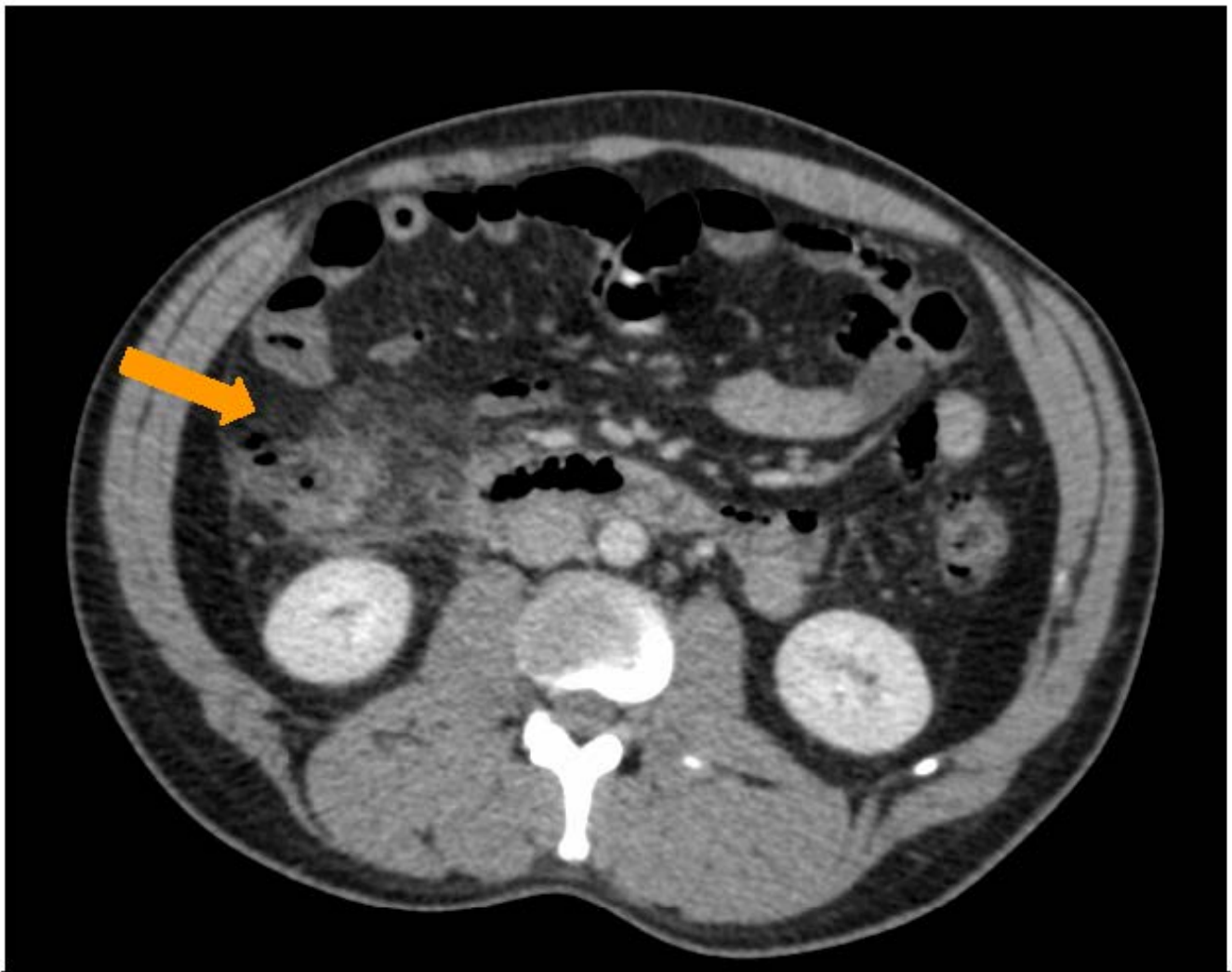


Figura 1. TC Abdomen-Pelvis muestra inflamación de grasa pericolónica derecha asociada a colección hidroaérea de 2x2 cm.



Información sobre el artículo

Recibido el 7 de septiembre de 2016.

Aceptado el 22 de septiembre de 2016.

Publicado el 29 de noviembre de 2016.

Autora corresponsal: Evelyn San Martín Meza, ESM.M2010@gmail.com.

Las autoras declaran no tener conflictos de intereses en relación a este trabajo.

Las autoras declaran no haber recibido financiamiento para la realización de este trabajo.

Este trabajo fue realizado con el debido consentimiento informado del paciente.

Citar de la siguiente forma en formato de la National Library of Medicine (Vancouver):

San Martín E, Segura C, Alegría C, Osorio A, Lolas K. Diverticulitis colónica derecha, a propósito de un caso clínico. Rev Chil Estud Med. 2016 Nov;9(3):459-464.

Referencias

1. Everhart J, Ruhl C, Burden of digestive diseases in the United States part II: lower gastrointestinal diseases. *Gastroenterology*. 2009 Mar;136(3):741-54
2. Shaheen N, Hansen R, Morgan D, Gangarosa M, Ringel Y, Thiny M, Russo M, Sandler R. The burden of gastrointestinal and liver diseases, 2006. *Am J Gastroenterol*. 2006 Sep;101(9):2128-38.
3. Peery AF, Dellon ES, Lund J, Crockett SD, McGowan CE, Bulsiewicz WJ, Gangarosa LM, Thiny MT, Stizenberg K, Morgan DR, Ringel Y, Kim HP, Dibonaventura MD, Carroll CF, Allen JK, Cook SF, Sandler RS, Kappelman MD, Shaheen NJ. Burden of gastrointestinal disease in the United States: 2012 update. *Gastroenterology*. 2012 Nov;143(5):1179-87.e1-3
4. Anaya DA, Flum DR. Risk of emergency colectomy and colostomy in patients with diverticular disease. *Arch Surg*. 2005 Jul;140(7):681-5.
5. Comparato G, Pilotto A, Franze A, et al. Diverticular disease in the elderly. *Dig Dis*. 2007 Jun; 25: 151-9.
6. S, Stollman N. Epidemiology of diverticular disease. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2002; 16: 529-42
7. Astiz J, Beraudo M, Tinghitella G. Enfermedad diverticular del Colon. *Enciclopedia Médica Americana. Cir Dig*. 2007; III-315:1-18.
8. Hjem F, Wolk A, Hackansson N. Smoking and the risk of diverticular disease in women. *Br J Surg*. 2011 Jul;98(7):997-1002.
9. Strate LL, Liu YL, Huang ES, Giovannucci EL, Chan AT. Use of aspirin or nonsteroidal anti-inflammatory drugs increases risk for diverticulitis and diverticular bleeding. *Gastroenterology*. 2011 May;140(5):1427-33.
10. Ñ. Sugihara K, Muto T, Morioka Y, Asano A, Yamamoto T. Diverticular disease of the colon in Japan. A review of 615 cases. *Dis Colon Rectum*. 1984;27(8):531.
11. Markham NI, Li AK Diverticulitis of the right colon--experience from Hong Kong. *Gut*. 1992;33(4):547.
12. Peery A. Recent Advances in Diverticular Disease. *Current Gastroenterology Reports*. 2016 Jul;18:37
13. In Kyu Lee. Right Colonic Diverticulitis. *J Korean Soc Coloproctology*. 2010 Aug; 26(4): 241-5
14. Patel N, Wenzke D. Evaluating the Patient with Right Lower Quadrant Pain. *Radiologic Clinics of North America*. 2015 Nov;53(6):1159-70
15. Maya Z, Padrón G. Diverticulitis cecal. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Cir Gen*. 2010; 32(2):1-18
16. Lê P, Blondon H, Billey C. Right colon diverticulitis. *J Chir Paris*. 2004 Jan;141(1):11-20.





17. Søreide K, Boermeester MA, Humes DJ, Velmahos GC. Acute colonic diverticulitis: modern understanding of pathomechanisms, risk factors, disease burden and severity. *Scand J Gastroenterol*. 2016 Aug; 19:1-7.
18. Frías JE, Iglesias MJ. Diverticulitis exclusiva de ciego. *Revista Cubana de Cirugía*. 2012 Oct; 51(4):332-7.
19. Segovia H, Martínez N, Yamanaka W, Farina C. Diverticulitis cecal simulando apendicitis aguda. *Rev Cir Parag* 2014 Jun;38(1):28-31
20. Horn AUfberg J. Appendicitis, Diverticulitis, and Colitis. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2011 May;29(2):347-68.
21. Hogan J, Sehgal R, Murphy D, O'Leary P, Coffey J. Do Inflammatory Indices Play a Role in Distinguishing between Uncomplicated and Complicated Diverticulitis?. *Digestive Surgery*. 2016 Jun:7-11.
22. Gilmore T, Jordan C, Edelstein E. Right-sided Diverticulitis Mimics Appendicitis. *The Journal of Emergency Medicine*. 2013 Jan;44(1):e29-e32.
23. Escobar F, Neil VV, Eduart V, Marvel B. Diverticulitis apendicular, revisión de la literatura científica y presentación de dos casos. *Rev Colomb Cir*. 2013;28:223-8.
24. Lembcke B. Diagnosis, Differential Diagnoses, and Classification of Diverticular Disease. *Viszeralmedizin*. 2015;31(2):95-102.
25. Sibileau E, Boulay-Coletta I, Jullès M, Benadjaoud S, Oberlin O, Zins M. Appendicitis and diverticulitis of the colon: Misleading forms. *Diagnostic and Interventional Imaging*. 2013 Jul-Aug;94(7-8):771-92.
26. Horesh N, Wasserberg N, Zbar A, Gravetz A, Berger Y, Gutman M et al. Changing paradigms in the management of diverticulitis. *International Journal of Surgery*. 2016 Sep;33:146-50.
27. Barat M, Dohan A, Pautrat K, Boudiaf M, Dautry R, Guerrache Y et al. Acute colonic diverticulitis: an update on clinical classification and management with MDCT correlation. *Abdom Radiol*. 2016 Sep;41(9):1842-50
28. Arminan J, Roxin G, Stanger J, MacLean A, Buie W. Su1511 Right Sided Diverticulitis (RSD) - Highly Successful Non-Operative Management and Low Recurrence Rate. *Gastroenterology*. 2012 May;142(5):S-1052
29. Wilkins T, Embry K, George R. Diagnosis and Management of Acute Diverticulitis. *Am Fam Physician*. 2013 May 1;87(9):612-20.
30. Daniels L, Ünlü Ç, de Wijkerslooth T, Dekker E, Boermeester M. Routine colonoscopy after left-sided acute uncomplicated diverticulitis: a systematic review. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2014 Mar;79(3):378-89.

