

## Enfermedad Diverticular del Colon

*Karen Pamela Sarango González<sup>1</sup> Jorge Enrique Guapulema Ocampo<sup>1</sup>*

1. Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” Loja, Ecuador.

**Correspondencia:** Dra. Karen Pamela Sarango González

**Correo electrónico:**

karensarango95@gmail.com

**Dirección:** Juan de Velasco 02-16 y Av. Orillas del Zamora. Loja-Ecuador.

**Código postal:** EC170511

**Teléfono:** (593) 995141172

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-0032-0584>

**Fecha de recepción:** 16-12-2021

**Fecha de aprobación:** 26-05-2022

**Fecha de publicación:** 30-06-2022

**Membrete Bibliográfico**

Sarango K. Guapulema J. “Enfermedad Diverticular del Colon”. Rev Médica Ateneo, 24. (1), pág. 61-67

**Artículo Acceso Abierto**

### RESUMEN

La enfermedad diverticular es una patología de frecuente presentación, constituyéndose en un problema de salud pública, debido a la alta morbilidad que genera. A continuación, se presenta el caso clínico de una mujer de 49 años, que inicia con cuadro de dolor abdominal, vómitos y diarreas se realizan estudios complementarios diagnosticando diverticulitis Hinchey IA, se realiza manejo conservador parcial sin embargo se presenta recurrencia por lo que se descarta complicaciones con tomografía axial computarizada y se instaura tratamiento conservador con reposo abdominal, hidratación, analgesia, antibióticoterapia. Por lo que el instaurar un tratamiento oportuno temprano reduce las complicaciones y recurrencias

**Palabras claves:** Diverticulitis, Hinchey, Tratamiento conservador.

### ABSTRACT

Diverticular disease is a frequent pathology, becoming a public health problem due to the high morbidity it generates. Next, we present the clinical case of a 49-year-old woman, who begins with abdominal pain, vomits and diarrhea. Complementary studies are carried out diagnosing Hinchey IA diverticulitis, partial conservative management is performed, however there is recurrence so complications are ruled out with

computerized axial tomography and conservative treatment is established with abdominal rest, hydration, analgesia, and antibiotic therapy. Therefore, establishing an early timely treatment reduces complications and recurrences.

**Keywords:** Diverticulitis, Hinchey, Conservative treatment.

## **INTRODUCCIÓN**

La enfermedad diverticular es una afección común en el mundo occidental y se define como diverticulosis clínicamente significativa y sintomática debida a diverticulitis, enfermedad diverticular no complicada y colitis segmentaria asociada a divertículos. Está presente en alrededor del 10% de las personas menores de 40 años y aumenta hasta más del 70% en personas mayores de 80 años, siendo la prevalencia similar tanto en hombres como en mujeres; alrededor del 25% de las personas con divertículos experimentarán un episodio de enfermedad diverticular no complicada sintomático (1).

Existen tres factores implicados en la patogénesis de esta enfermedad: la alteración de la motilidad del colon con aumento de la presión luminal causando herniaciones saculares en las áreas de debilidad; en segundo lugar, la baja ingesta de fibra dietética como factor de riesgo, y en tercer lugar, con el envejecimiento, la integridad estructural de la pared muscular del colon disminuye, por lo que los divertículos son más propensos a desarrollarse con facilidad (2).

Para evaluar a los pacientes se deben tomar en cuenta la historia del dolor, examen físico, hallazgos de laboratorio y realización de estudios de imágenes en especial la tomografía axial computarizada que permite determinar las complicaciones y enfocar el tratamiento dependiendo del grado de severidad a partir de la clasificación de Hinchey, los grados I y II pueden manejarse en forma no operatoria, mediante la administración de antibióticos intravenosos y eventualmente, el drenaje percutáneo guiado por Ecografía o TAC, especialmente para abscesos mayores a los 4 cm de diámetro, que sean pasibles del mismo en función de la existencia de una ventana adecuada. En caso de no ser posible esto, o de presentar una evolución insatisfactoria, deberá optarse por un tratamiento operatorio. En caso de grados III y IV el tratamiento operatorio es mandatorio (3).

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente de sexo femenino de 49 años de edad residente en Zamora, Loja, tipo de sangre ARh positivo mestiza, con antecedentes patológicos quirúrgicos histerectomía y ooforectomía izquierda hace 9 años, consumo de alcohol ocasional, antecedentes familiares: madre y hermana hipertensa, acude con cuadro de 8 días de dolor abdominal generalizado de leve a moderada intensidad (8/10), de instauración progresiva constante que se acompaña de deposiciones líquidas en poca cantidad, por lo que acude a casa de salud privada donde indican analgésico y realizan exámenes de laboratorio que indican leucocitosis (14.710 u/L) con desviación a la izquierda y en ecografía de abdomen a la exploración de flanco y fosa iliaca izquierda demuestra la presencia de importante edema de pared en tercio distal de colon descendente y sigma en este último el contorno de la pared es irregular y especulada, al Doppler importante flujo intramural, grasa vecina edematizada, zona sensible a la compresión: Imágenes descritas con Diverticulosis-Diverticulitis.

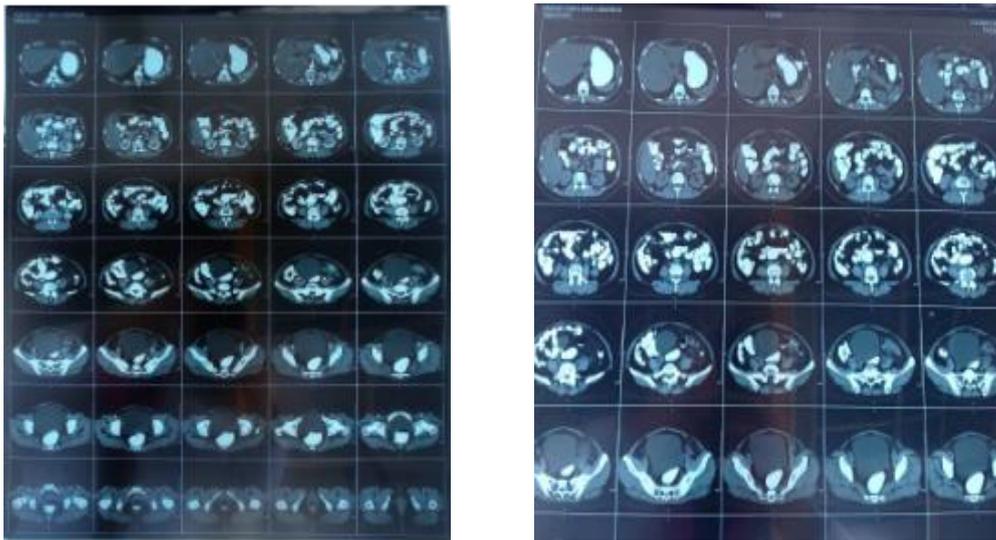


**Figura 1.** Ecografía de abdomen inferior

**Fuente:** Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” – Loja, Ecuador

**Autor:** Karen Pamela Sarango González, Jorge Enrique Guapulema Ocampo.

Se requiere ingreso para manejo hospitalario acudiendo al Hospital básico de Zamora, donde permanece hospitalizada 3 días, recibe antibiótico (Ampicilina 1 gr IV cada 6 horas), hidratación, analgesia y es dada de alta, sin embargo persiste dolor y se incrementa de intensidad, acompañándose de deposiciones diarreicas, fétidas, en número de 10 aproximadamente por lo que acude al servicio de emergencia del Clínica Hospital Municipal Julia Esther González Delgado, al examen físico paciente hemodinámicamente estable, el abdomen: timpánico, depresible, con disminución del peristaltismo, y doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda. En la biometría hemática se evidenció leucocitosis (15,340 u/L) con desviación a la izquierda, pruebas de función renal, hepática, pancreática, dentro de parámetros normales, sodio 119mmol/L, gama GT incrementada el doble de sus valores normales (88.6U/L), proteína C reactiva (PCR) 56.70mg/L, prueba para SARS-COVID 19 IGG positivo, paciente con 2 dosis vacuna Sinovac. En TAC simple y contrastado de abdomen inferior y pelvis se observa segmento de colon descendente engrosamiento parietal, tras mural concéntrico de 71mm, el grosor de la pared mide 14mm. Se evidencian divertículos en el segmento proximal a la estenosis concéntrica del colon; existe un aumento de la densidad y estriación de la grasa perilesional, y se identifica adenopatía mesentérica de 10mm de eje corto. En la fase contrastada los vasos mesentéricos adyacentes se observan congestivos, los hallazgos pueden corresponder con proceso inflamatorio (diverticulitis Hinchey IA), no se puede descartar proceso neoplásico y se requiere correlacionar con colonoscopia.



**Figura 2.** Tomografía simple y contrastada de abdomen inferior y pelvis.

**Fuente:** Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” – Loja, Ecuador

**Autor:** Karen Pamela Sarango González, Jorge Enrique Guapulema Ocampo.

Con resultado de estudio de imagen se opta por manejo conservador reposo abdominal, hidratación, analgesia y antibioticoterapia endovenosa (Ampicilina+sulbactam 3gr IV cada 6 horas (4 días) y Metronidazol 500mg IV cada 6 horas (2 días), tras lo cual se envía domicilio con dieta alta en fibra y antibioticoterapia oral en base a Ampicilina + Sulbactam 750mg vía oral cada 12 horas por 7 días.

## DISCUSIÓN

La diverticulosis es una entidad frecuente, que predomina en países occidentales, cuya prevalencia aumenta con la edad, presentándose en aproximadamente el 5%-10% de la población mayor a 45 años y el 80% de la población mayor a 85 años, en la población joven predomina en el sexo masculino, pero luego es más frecuente en las mujeres lo que se correlaciona con nuestro caso.

Dentro de los factores de riesgo, se estima un componente hereditario de la enfermedad diverticular en el 40% de los pacientes, con un polimorfismo del gen TFNSF15; también se evidenció un sobre crecimiento en la flora intestinal de la enfermedad diverticular no complicada, la dieta pobre en fibra se asocia a cambio en la flora bacteriana, dieta rica en carne roja, la obesidad por el efecto pro inflamatorio de las adipocinas y las quimiocinas, el tabaquismo, la inactividad física, el alcohol y los antiinflamatorios no esteroideos (AINES). La insuficiencia renal crónica, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la diabetes, la vasculitis y las drogas inmunosupresoras están relacionadas con una evolución más severa de la diverticulitis y se deben tener en cuenta en las estrategias terapéuticas (4).

La clasificación de la enfermedad diverticular se establece en base a la sintomatología y complicaciones: 1. Enfermedad diverticular: presencia de divertículos en el colon; 2. Enfermedad diverticular asintomática no complicada: existencia de divertículos sin manifestaciones clínicas ni complicaciones, generalmente es un hallazgo ocasional; 3. Enfermedad diverticular sintomática no complicada: con síntomas atribuibles a la diverticulosis pero con la ausencia de inflamación visible o diverticulitis, se asocia con distensión abdominal, diarrea o constipación, sin hipertermia ni de alteraciones en los parámetros de laboratorio; 4. Enfermedad diverticular sintomática no complicada recurrente presentándose múltiples episodios de enfermedad diverticular sintomática no complicada

a lo largo de un año; 5. Colitis segmentaria asociada a enfermedad diverticular Una forma crónica de la diverticulitis en la que puede evidenciarse inflamación macroscópica en la video colonoscopia. Los síntomas incluyen dolor abdominal, diarrea y sangrado y la diverticulitis aguda / Sigmoiditis Inflamación aguda de los divertículos. A su vez se puede clasificarse en complicada (perforación libre, fístula, oclusión intestinal, abscesos, sepsis) y no complicada (5).

La sintomatología que se engloba la diverticulitis aguda varía dentro de un amplio espectro de síntomas, desde un cuadro local de dolor abdominal intermitente, que puede progresar a un cuadro de dolor abdominal grave, constante y crónico, ubicado generalmente en el cuadrante inferior izquierdo; como síntomas acompañantes se reporta estreñimiento se reporta en el 50% de los pacientes y la diarrea entre el 25% y 35%; síntomas sistémicos más comunes son la fiebre (menor a 39° C), las náuseas, vómitos y signos urinarios. Al examen físico, es usual encontrar sensibilidad a la palpación en el cuadrante inferior izquierdo, asociado a una masa palpable y distensión abdominal. La presencia de sensibilidad al rebote, rigidez y ausencia de peristalsis aumenta la sospecha clínica de peritonitis (6), la bibliografía citada es concerniente en cuanto a la presentación clínica del caso presentado, donde dentro de los síntomas predominantes se presentó: dolor abdominal, las deposiciones diarreicas y vómitos.

Para confirmar el diagnóstico el empleo de Tomografía Computarizada como gold estándar, que permite tradicionalmente utilizar la clasificación de Hinchey para subdividir la diverticulitis aguda complicada según el grado y extensión del proceso inflamatorio-infeccioso. Esta abarca 4 estadios evolutivos: 1. absceso mesocólico/pericólico, 2. absceso pélvico, 3. peritonitis purulenta, 4. peritonitis fecaloidea, varios artículos citan que la enfermedad diverticular aguda se complica entre 10–25%, siendo la complicación más frecuente es la micro perforación con absceso estimada en un 69% (7); esto se ha relacionado aún más con la edad avanzada, por lo que es aceptable que el caso clínico presentado si bien no tuvo complicaciones estuvo relacionado con la edad del paciente y el tratamiento instaurado precozmente (8).

En general el tratamiento de la diverticulitis aguda puede dividirse en tratamiento quirúrgico y no quirúrgico. El tratamiento no quirúrgico es aplicado a las diverticulitis clasificadas en Hinchey Ia, Ib y II, así como a las diverticulitis con microperforaciones; por otro lado, el tratamiento quirúrgico está aplicado para las diverticulitis de grado III y IV (9).

El manejo clásico de la diverticulitis aguda consiste en la administración de fluidos intravenosos, tratamiento antibiótico, reposo intestinal y analgesia, sin embargo, este enfoque no se encuentra basado en evidencia de buena calidad y existe disparidad de manejo según las recomendaciones de las diferentes guías clínicas actuales (10), ya que las recomendaciones internacionales expuestas en guías clínicas indican que el uso de antibióticos se los recomienda para casos seleccionados según condición general, inmunosupresión o comorbilidades severas; comienza con un régimen de antibióticos endovenosos que cubren bacilos Gram negativos y microorganismos anaerobios. Una vez que el paciente presenta mejoría clínica se puede plantear la rotación a antibióticos orales hasta completar de 7 a 10 días de tratamiento o mayor a 10 días en casos más severos. Si no hay mejoría clínica hasta el tercer día se debe considerar otro tipo de tratamiento como el drenaje percutáneo (9).

Se ha estudiado que la tasa de reingreso en las series publicadas oscila entre el 0 y el 10%, siendo la causa más frecuente el aumento del dolor abdominal; además se ha determinado que el sexo femenino y la presencia de líquido libre en la TC abdominal son factores de riesgo de fracaso del tratamiento ambulatorio (11), esto se correlaciona con nuestro caso que se presentó un fracaso al tratamiento instaurado ambulatoriamente debido a que inicialmente no se cumplió con el tratamiento

conservador con reposo abdominal, hidratación, analgesia y antibioticoterapia endovenosa hasta que se presente mejoría clínica y analítica para poder rotar a antibioticoterapia ambulatoria.

## CONCLUSIONES

La enfermedad diverticular representa un problema de salud pública debido al costo asociado que se genera debido a su presentación en hombres y mujeres de edad avanzada que poseen múltiples factores de riesgo para desarrollar complicaciones; los factores de riesgo incluyen la edad, género femenino, la obesidad, dieta baja de fibra, obesidad niveles elevados de PCR y las comorbilidades, el diagnóstico se realiza en base a la clínica siendo el dolor abdominal en fosa iliaca izquierda el signo y síntoma predominante, la TAC simple y contratada de abdomen permite discernir las complicaciones y establecer un tratamiento basándose en la clasificación de Hinchey, El tratamiento conservador incluirá , reposo intestinal, analgesia, administración de fluidos intravenosos y tratamiento antibiótico endovenoso y en base a la mejoría clínica se completa con antibioticoterapia ambulatoria.

### Contribución del autor.

Sarango K: Concepción y diseño del autor. Recolección de datos, revisión bibliográfica, escritura y análisis del artículo con lectura y aprobación de la versión final.

Guapulema J: Revisión bibliográfica, análisis del artículo con lectura y aprobación de la versión final

### Información del autor (s).

Karen Pamela Sarango González: Médico General. Magister en Instituciones de Salud, Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, Loja-Ecuador.

Jorge Enrique Guapulema Ocampo  Médico especialista en Medicina Interna, Médico Tratante de la Clínica Hospital Municipal "Julia Esther González Delgado" ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0327-9815> Loja-Ecuador.

### Disponibilidad de datos.

Los datos fueron recolectados de la construcción de la historia clínica, además de recolección de información de base de datos, revistas y bibliotecas virtuales y está a disposición.

### Declaración de intereses.

Los autores no reportan conflicto de intereses.

### Autorización de publicación.

Los autores autorizan su publicación en la revista Ateneo. El autor envía firmado un formulario que será entregado al Editor.

### Consentimiento informado.

El autor (s) envía al Editor, el consentimiento informado firmado por el paciente o sus representantes, previo a su publicación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Piscopo, N., & Ellul, P. (2020). Diverticular Disease: A Review on Pathophysiology and Recent Evidence. *The Ulster medical journal*, 89(2), 83–88.
2. Carranza, A., Villalobos, E., & Mora, V. (2020). Abordaje de la diverticulitis aguda. Approach to acute diverticulitis. *Revista Médica Sinergia*, Vol.5 Num:4. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i4.347>.
3. Barberousse, C., Ramírez, L., Dardanelli, S., & Fernández, L. (2021). Vigencia de la operación de Hartmann en el tratamiento de la diverticulosis colónica complicada: estudio realizado

en pacientes tratados durante el periodo 2009-2018, en Hospital de Clínicas de Montevideo. *Revista Cirugía del Uruguay*. Vol. 5 No. 2, 1-17. DOI: 10.31837/cir.urug/5.2.3.

4. Martínez Perez, C., García Coret, M., & Villalba Ferrer, F. (2021). La enfermedad diverticular hoy. Revisión de la evidencia. *Revista de Cirugía*, 73(3),322-328. DOI: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492021003868>.
5. Barbalace, N. (2017). Manejo Actual de la Enfermedad Diverticular Aguda del Colon. *REV ARGENT COLOPROCT*, 28(2) 181-191.
6. Carranza Zamora, A., Villalobos Vega, E., & Mora Sandino, V. (2020). Abordaje de la diverticulitis aguda. *Rev.méd.sinergia*, 5(4).347. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i4.347>.
7. Martínez, M., Dauelsberg, H., Hernández, V., Pacheco, A., Azabache, V., Peña, J., y otros. (2020). ¿Ha cambiado la epidemiología de la Diverticulitis Aguda en los servicios de urgencia? Experiencia en un hospital de alto nivel de complejidad de Sur América. *Panam J Trauma Crit Care Emerg Surg*, 9(3):213–217.
8. Roccatagliata, N., Rodríguez, L., Guardo, L., Nebil, V., Espil, G., & Vallejos, J. (2020;84). Revisión de la clasificación de Hinchey (diverticulitis) y su correlación terapéutica. *Rev Argentina de Radiología*., 123–129. DOI <https://doi.org/10.1055/s-0040-1713089>.
9. Tupac, O., Valiente, M., & Luque, G. (2021). *Manejo de diverticulitis aguda en pacientes atendidos en una clínica privada entre los años 2015-2020*. Lima-Perú: Universidad Peruana Cayetano Herrera.
10. Cárcamo, L., & G., U. (2018). Diverticulitis aguda: revisando antibióticos, seguimiento e indicación quirúrgica. *Rev Gastroenterol. latinoamericana*; Vol 28, Supl Nº 1, 28- 31.
11. Martínez Perez, C., García Coret, M., & Villalba Ferrer, F. (2021). La enfermedad diverticular hoy. Revisión de la evidencia. *Revista de Cirugía*., 73(3),322-328. DOI: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492021003868>.