

# DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA SIMULANDO ESTRANGULACIÓN HERNIARIA CON FÍSTULA ENTEROVESICAL

ACUTE COMPLICATED DIVERTICULITIS MIMICKING  
HERNIA STRANGULATION WITH ENTEROVESICAL  
FISTULA

J.P. Roldán-Aviña, F. Muñoz-Pozo, S. Merlo-Molina, A.D. Ferrusola-Díaz, J.A. Díaz-Brito

Hospital de Alta Resolución de Écija. Sevilla.

## Resumen

Las manifestaciones extraperitoneales de la diverticulitis son poco frecuentes. Presentamos un paciente con diverticulitis aguda con perforación y absceso que simulaba una hernia inguinal recidivada estrangulada con probable fístula vesical con sospecha de migración de la malla. El paciente fue sometido a cirugía urgente en la que se realizó resección sigmoidea, colostomía terminal y drenaje de los abscesos intraperitoneal e inguinal.

**Palabras clave:** diverticulitis aguda, hernia estrangulada, fístula enterovesical, absceso.

## Abstract

Extraperitoneal manifestations of diverticulitis are rare. We present a patient with acute diverticulitis with perforation and abscess that simulated a recurrent strangulated inguinal hernia with probable bladder fistula with suspected migration of the mesh. The patient underwent urgent surgery in which sigmoid resection, terminal colostomy, and drainage of the intraperitoneal and inguinal abscesses were performed.

**Keywords:** acute diverticulitis, strangulated hernia, enterovesical fistula, abscess.

## CORRESPONDENCIA

Juan Pastor Roldán Aviña  
Hospital de Alta Resolución de Écija  
41400 Écija (Sevilla)  
[jproldan@aecirujanos.es](mailto:jproldan@aecirujanos.es)

Fecha de envío: 09/05/2019

Fecha de aceptación: 16/05/2019

## Introducción

La asociación de una hernia inguinal complicada y una diverticulitis aguda es rara<sup>1</sup>. Existe una amplia variedad de procesos que pueden presentarse como una hernia inguinal atípica, incluyendo en el lado derecho la hernias de Amyand (apendicitis en el saco herniario inguinal) y Garengoot (apendicitis en saco herniario crural)<sup>1</sup>

y en el izquierdo la presencia de una diverticulitis en el interior de la hernia<sup>2</sup>. Presentamos un caso infrecuente de diverticulitis aguda con perforación que desarrolló un absceso intraperitoneal que buscó salida a través del conducto inguinal y que clínicamente simulaba una hernia inguinal recidivada complicada, llegándose al diagnóstico definitivo de forma intraoperatoria.

### Caso clínico

Se presenta el caso de un hombre de 86 años que acudió a Urgencias por una tumoración a nivel de cicatriz de hernioplastia inguinal izquierda que había aumentado de tamaño los días previos y que se acompañaba de dolor local con irradiación a región lumbar, junto con estreñimiento y orinas turbias y malolientes, sin fiebre en ningún momento.

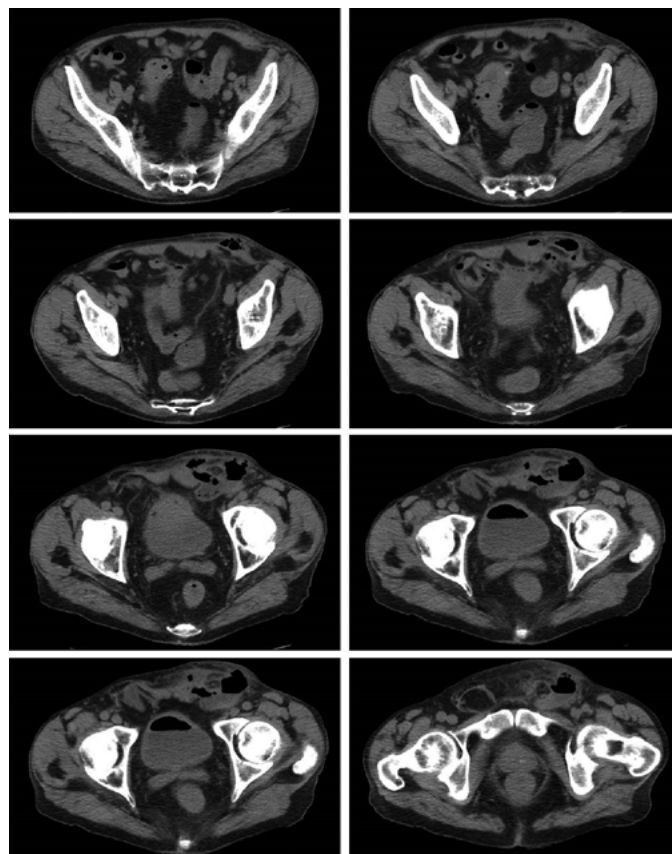
A la exploración el abdomen era blando y depresible sin signos de irritación peritoneal. A nivel de cicatriz inguinal existía una tumoración eritematosa, endurecida, dolorosa y no reductible. En el tacto rectal sólo se apreció fecaloma que se extrajo.

En las pruebas complementarias destacaban 18.680 leucocitos/mm<sup>3</sup> con 90% neutrófilos y 636.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>. En la radiología simple de abdomen no se apreciaba dilatación de asas intestinales ni niveles hidroaéreos. Ante la sospecha de recidiva herniaria con incarceration se realizó un TAC de abdomen sin contraste (**Figuras 1, 2 y 3**) informado como "hernia inguinal izquierda con contenido de asas de íleon pélvico que presentaba marcado aumento de la densidad de la grasa del saco herniario hasta planos cutáneos en relación a edema secundario por complicación de la misma, con un nivel hidroaéreo en el asa atrapada junto a otras burbujas de aire sugiriendo incarceration-perforación de la misma. A nivel de la vejiga se visualizó un nivel hidroaéreo por probable fistulización del asa intestinal contigua. Enfermedad diverticular del sigma sin signos de complicación aguda".

Ante estos hallazgos se indicó tratamiento quirúrgico urgente mediante abordaje abierto (laparotomía) que encontró un plastrón inflamatorio a nivel del sigma, adherido y perforado al espacio rectovesical conformando un absceso que se continuaba por el canal inguinal izquierdo llegando hasta la piel. No se identificó fístula vesical tras llenado con azul de metileno a través de la sonda vesical. Se realizó intervención de Hartmann con resección del segmento afectado del sigma, dejando colostomía terminal en vacío izquierdo y colocando drenajes en espacio rectovesical y canal inguinal.

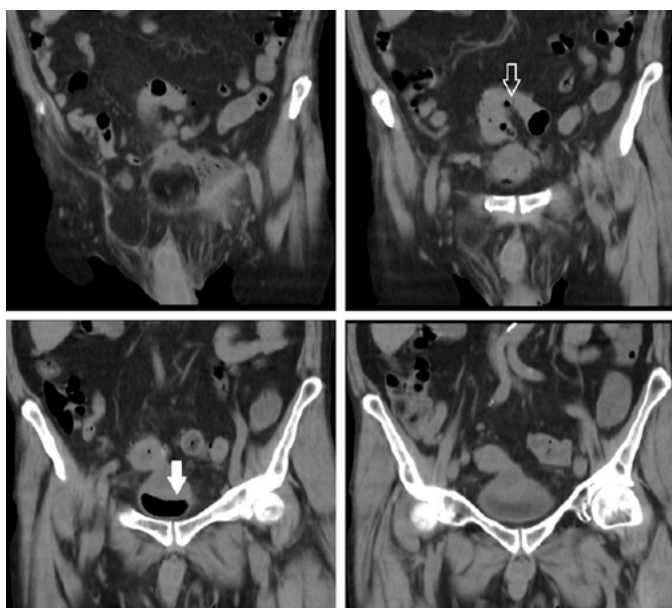
El postoperatorio cursó de forma favorable, siendo dado de alta el paciente pendiente de curas ambulatorias de absceso del tercio inferior de la herida y de cuidados de la colostomía.

A las dos semanas se revisó en la consulta evidenciándose importante deterioro del estado general, así como disnea a pequeños esfuerzos. Tras ser valorado por Medicina Interna quedó ingresado para estudio de masa perihiliar izquierda apreciada en radiografía de tórax, que en un TAC de tórax-abdomen sugerían una neoplasia pulmonar avanzada con metástasis hepáticas y óseas (T4N2M1). El paciente falleció al sexto día de este segundo ingreso.



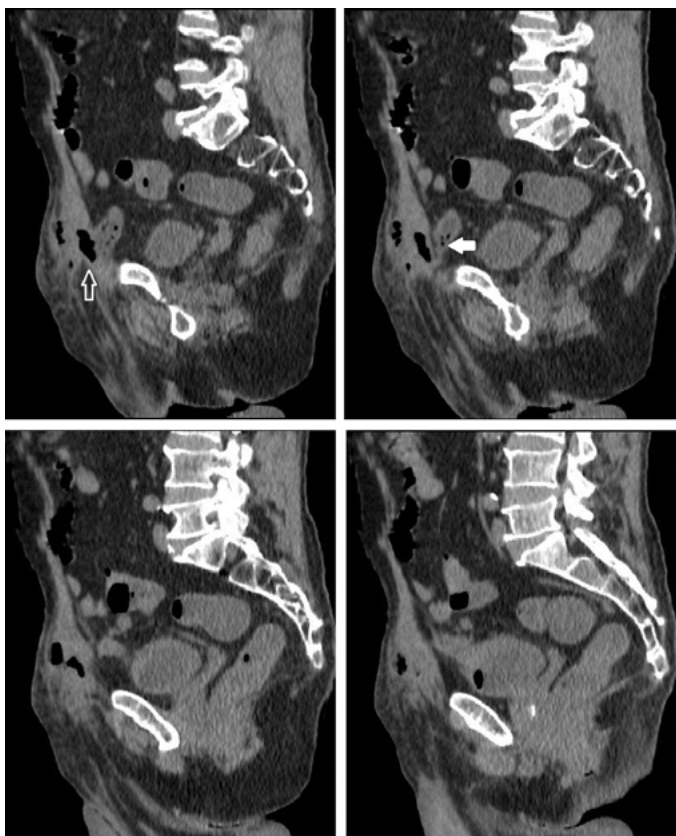
**Figura 1**

TAC de abdomen (cortes axiales): hernia inguinal izquierda con contenido de asas de íleon pélvico con edema, nivel hidroaéreo en la misma sugiriendo incarceration-perforación. En la vejiga existe un nivel hidroaéreo por probable fistulización del asa intestinal contigua. Enfermedad diverticular del sigma sin signos de complicación aguda.



**Figura 2**

TAC de abdomen (cortes coronales): nivel hidroaéreo en la vejiga (flecha fina) y divertículos en sigma sin imágenes de diverticulitis (flecha gruesa) epitelial.



**Figura 3**

TAC de abdomen (cortes sagitales): nivel hidroaéreo saco herniario inguinal (flecha fina) y burbujas de aire en asas de ileon (flecha gruesa).

## Discusión

El caso presentado nos sirve de base para repasar el amplio diagnóstico diferencial a la que en ocasiones nos enfrentamos los médicos, y también para comprender que en ocasiones las pruebas complementarias nos pueden conducir a omitir/retrasar diagnósticos.

La emigración de material protésico utilizado en la reparación de hernias inguinales puede llegar a provocar fístulas tanto a nivel colónico<sup>3,4</sup> como a nivel vesical<sup>5,6</sup> condicionando una clínica de dolor a nivel de la cicatriz que puede terminar desarrollando fenómenos inflamatorios locales hasta que se establezca bien una fístula o la aparición de un absceso<sup>7</sup>. Esa fue la sospecha en nuestro caso apoyada tanto en la clínica del paciente como en el informe del TAC.

Está descrito que en algunas ocasiones los abscesos de tejidos blandos de la ingle, muslo, cadera e incluso glúteos pueden ser manifestaciones extraabdominales de una diverticulitis perforada en pacientes sin síntomas abdominales<sup>8</sup>, ocurriendo con mayor frecuencia en pacientes ancianos. En su máxima expresión pueden terminar por desarrollar una fístula colo-cutánea que debute en forma de absceso local<sup>9,10</sup>.

En cuanto a las llamadas hernias atípicas (o especiales) además de las anteriormente descritas de Amyad y Garengot<sup>2</sup>, no

debemos olvidar a pesar de su infrecuencia la posibilidad de que se trate de una diverticulitis aguda en el interior de un saco herniario encarcerado<sup>1,2,11</sup>.

Dado que la clínica que presentan estos pacientes suele ser poco específica (dolor abdominal junto con signos inflamatorios locales) al igual que las pruebas de laboratorio, el diagnóstico suele basarse en pruebas de imagen. Aunque la ecografía puede ser útil, el TAC de abdomen con contraste es la prueba que mejores resultados ofrece. En aquellos casos que presenten una evolución subaguda o crónica la colonoscopia es de mucha utilidad en el diagnóstico diferencial en relación a la migración de material protésico<sup>4</sup>. No es raro que el diagnóstico definitivo sea intraoperatorio como en nuestro caso.

Respecto al tratamiento, un pequeño grupo de pacientes se podrán beneficiar bien de tratamiento conservador inicial<sup>2</sup> asociado o no a abordaje percutáneo de abscesos intraabdominales<sup>10</sup> y posterior cirugía electiva, al igual que en aquellos casos en los que se aprecien fístulas colo-cutáneas<sup>3,4</sup> o migraciones de la malla a la vejiga<sup>5-7</sup>. Para la mayoría de los pacientes el tratamiento será quirúrgico urgente mediante laparotomía y resección del segmento de con afectado, cierre del muñón distal y colostomía terminal (operación de Hartmann)<sup>1,7-8,11</sup>.

Otro aspecto del tratamiento a tener en cuenta es si se repara o no la hernia acompañante en la intervención de urgencias. La existencia de contaminación fecal supone una contraindicación, y probablemente también suceda lo mismo si existe un absceso importante con afectación de los tejidos blandos<sup>10</sup>. En caso de duda o ante un paciente con inestabilidad hemodinámica y/o séptico, parece razonable dejar la hernia sin tratar y realizar la reparación en un segundo tiempo<sup>2,11</sup>.

A modo de resumen podemos decir que en pacientes que presenten una tumoración con sospecha de hernia inguinal complicada con signos inflamatorios locales sugestivos de un absceso habrá que tener en cuenta la posibilidad de que se trate de una diverticulitis con manifestaciones extradiestivas.

## Bibliografía

1. Imran S, Andrabi H, Pitale A, El-Hakeem A. Diverticular abscess presenting as a strangulated inguinal hernia: case report and review of the literature. *Ulster Med J* 2007; 76: 107-108.
2. Arnold N, Ernst AA. Acute sigmoid diverticulitis within a nonincarcerated hernia. *Am J Emerg Med* 2015; 33: 986.e1-986.e2.
3. Zubaidi AM, Al-Saghier M, Kabbani M, Abdo A. Colocutaneous Fistula after Mesh Plug Inguinal Hernia Repair—A Delayed Complication. *Ann Surg Med* 2006; 26: 385-387.
4. Al-Subaie S, Al-Haddad M, Al-Yaqout W, Al-Hajeri M, Claus C. A case of a colocutaneous fistula: a rare complication of mesh migration into the sigmoid colon after open tension-free hernia repair. *Int J Surg Case Rep* 2015; 14: 26-29.

5. Ishikawa S, Kawano T, Karashima R, Arita T, Yagi Y, Hirota M. A case of mesh plug migration into the bladder 5 years after hernia repair. *Surg Case Rep* 2015; 1: 4.

6. Sandhu AS, Kumar A, Kumar BN. Mesh erosion into urinary bladder following laparoscopic inguinal hernia repair. *J Minim Access Surg* 2017; 13: 139-142.

7. Agrawal A, Avill R. Mesh migration following repair of inguinal hernia: a case report and review of literature. *Hernia* 2006; 10: 79-82.

8. Rothenbuehler JM, Oerteli D, Harder F. Extraperitoneal manifestation of perforated diverticulitis. *Dig Dis Sci* 1993; 38: 1985-1988.

9. Murphy PB, Belliveau P. Left-sided sigmoid diverticulitis presenting as right-sided thigh abscess. *Int Surg* 2012; 97: 285-287.

10. Mizuno R, Okuno M, Kojima H, Fuji H, Mori T, Itoh D et al. An abscess mimicking a left incarcerated groin hernia. *Hernia* 2012; 16: 723-725.

11. Liang TJ, Liu CM. Diverticulitis presenting as right incarcerated inguinal hernia. *Formos J Surg* 2015; 48: 62-64.