

MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA DERECHA: PARTICULARIDADES.

DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC MANAGEMENT OF ACUTE RIGHT-SIDED DIVERTICULITIS: PECULIARITIES.

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

Hospital de Alta Resolución de Écija. Écija. Sevilla.

Resumen

Cabría pensar que las diverticulitis se manejan de la misma forma independientemente del lado del colon afectado. Sin embargo esto no es así, ya que existen diferencias geográficas, clínicas y terapéuticas entre la afectación "clásica" en el lado izquierdo frente a los que presentan una diverticulitis derecha.

Se presenta el caso de un paciente con diverticulitis derecha y una revisión de los principales aspectos epidemiológicos, diagnósticos y terapéuticos.

Palabras clave: diverticulitis derecha, abdomen agudo, dolor abdominal.

Abstract

We might think that diverticulitis is managed in the same way independently of the side of the affected colon. However, this is not the case, since there are geographical, clinical and therapeutic differences between the "classic" involvement on the left side and those with a right diverticulitis.

We present the case of a patient with right diverticulitis and a review of the main epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects.

Keywords: right-sided diverticulitis, acute abdomen, abdominal pain.

CORRESPONDENCIA

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

Fecha de envío: 13/07/2019

Fecha de aceptación: 19/07/2019

Introducción

La diverticulitis derecha no es una enfermedad frecuente, apareciendo a partir de la segunda-cuarta década de la vida. Su principal problema radica en su similitud con los síntomas de la apendicitis aguda, por lo que es esencial un correcto diagnóstico que evite una intervención quirúrgica innecesaria.

Caso clínico

Hombre de 55 años, con cardiopatía isquémico-hipertensiva bien controlada con tratamiento médico; antecedentes quirúrgicos de artroscopias de hombro y rodilla derechas y apendicectomía. Acudió por segunda vez a Urgencia en menos de 48 horas por un cuadro de dolor abdominal de 4-5 días de evolución localizado en hemiabdomen derecho que han ido intensificándose. En las últimas horas presentó febrícula junto con náuseas sin vómitos y sensación de distensión abdominal. No refería disuria. Últimas deposiciones semiblandas sin productos patológicos. A la exploración física el abdomen era blando, depresible, ligeramente distendido; dolor a la palpación en flanco derecho con presencia de signos de irritación peritoneal y sensación de plastrón. Cicatriz en FID sin signos de complicación.

En la analítica presentaba alteración de la serie blanca con 17.030 leucocitos/mm³ con 74,93% de neutrófilos y una PCR 160 mg/l. La radiografía simple de abdomen no mostró hallazgos de interés.

Se solicitó TAC de abdomen que informó de cambios en la grasa mesentérica a nivel del ciego y colon ascendente con aumento de su densidad, engrosamiento de la fascia lateral y perirrenal derechas y líquido en forma laminar en gotiera parietocólica derecha, así como divertículos en colon ascendente (dos de ellos calcificados) y que sugiere una diverticulitis aguda como causa. No neumoperitoneo ni líquidos libre en otra localización (**Figuras 1 y 2**).

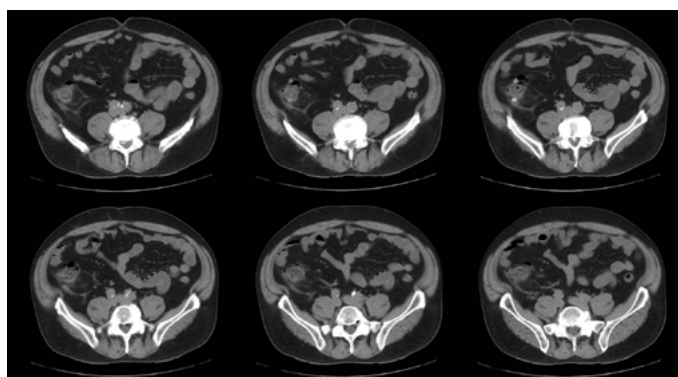


Figura 1 TAC de abdomen (cortes axiales): cambios en la grasa mesentérica a nivel del ciego y colon ascendente; divertículos calcificados.

Ingresó en planta a cargo de Cirugía, instaurándose tratamiento conservador con antibioterapia de amplio espectro (amoxicilina + ácido clavulánico 2 g/200 mg cada 8 horas IV), analgesia IV (metamizol 2 g cada 8 horas alternando con paracetamol 1 g cada

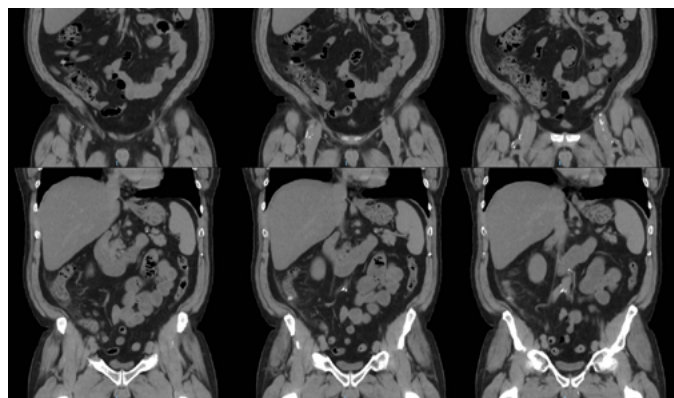


Figura 2 TAC de abdomen (cortes coronales): imágenes sugestivas de diverticulitis aguda con afectación del ciego y del colon ascendente.

8 horas), sueroterapia y reposo digestivo, conciliando su tratamiento crónico. En las primeras 24 horas el paciente permaneció afebril, y con dolor controlado (ENA 0-1). Sin embargo a la exploración el plastrón era más evidente que al ingreso y aunque en la analítica el conteo de leucocitos había bajado a 12.750/mm³ la PCR se elevó a 360 mg/l. Se decidió cambiar el antibiótico a piperacilina + tazobactam 4 g/0,5 g cada 8 horas IV). En los siguientes días la evolución fue buena, con paulatina desaparición del plastrón de la FID y normalización de la PCR, siendo dado de alta al sexto día de su ingreso tolerando dieta oral y con restablecimiento del tránsito digestivo.

Posteriormente se revisó en consulta a las dos semanas del alta, encontrándose el paciente asintomático. En el TAC de abdomen realizado mes y medio después del episodio agudo fue informado como mejoría radiológica con respecto al estudio previo sin datos de complicación (Hinchey I) siendo remitido a las consultas externas de Digestivo donde prescribieron tratamiento con Rifaximina 400 mg cada 12 horas durante una semana al mes.

Discusión

La incidencia real de la diverticulitis es desconocida. La incidencia aumenta con la edad presentándose en el lado izquierdo entre el 50-70% en mayores de 80 años en países occidentales¹ y en el lado derecho en el 55-71% en China². En estudios realizados en cadáveres la existencia de divertículos derechos es del 1-2% en población norteamericana frente a un 43-50% en población asiática¹.

Habitualmente los divertículos derechos suelen ser asintomáticos. Cuando se produce una diverticulitis derecha el cuadro clínico se caracteriza por dolor en el cuadrante inferior derecho del abdomen, acompañándose de náuseas y vómitos y fiebre; también existen otras formas de presentación: cuadro de sangrado, absceso o perforación¹. Sin embargo existen algunas particularidades que se deben tener en cuenta. El dolor, aún siendo similar al de la apendicitis es más impreciso en su descripción y de mayor duración³. Las náuseas y los vómitos están presentes en menos de un tercio de los pacientes^{2,3} lo mismo que la fiebre⁴. Como norma general se deberá sospechar la

posibilidad de una diverticulitis derecha en pacientes que presenten síntomas atípicos (incluyendo la presencia de diarrea)². En nuestro caso el hecho de que el paciente estuviese apendicectomizado facilitó el proceso diagnóstico.

Las pruebas de laboratorio son inespecíficas apareciendo leucocitosis en algo más de la mitad de los pacientes¹. Con los datos clínicos del paciente (signos y síntomas) y con estudios analíticos sólo se llega al diagnóstico en un 6-14% de los casos².

En países asiáticos, donde ya hemos indicado que la incidencia es mayor, los radiólogos abogan por la ecografía como prueba diagnóstica de elección ya que en manos expertas tiene una elevada sensibilidad (99,1%) y especificidad (91,3%)³. Los hallazgos más comunes son: engrosamiento de la pared del colon, aumento de la ecogenicidad de la grasa, la existencia de material ecogénico intradiverticular, adenopatías aumentadas de tamaño y la presencia de líquido libre peridiverticular⁴.

En nuestro medio es el TAC de abdomen la prueba de elección¹⁻³. Los hallazgos comúnmente descritos son el engrosamiento de la pared del colon y del divertículo, aumento de la densidad con trabeculación de la grasa circundante, aumento de tamaño de adenopatías, inflamación pericecal con/sin absceso intramural y la existencia de burbujas aéreas extraluminales^{5,6}. A su valor diagnóstico el TAC aporta también valor predictivo respecto a los pacientes que van a precisar cirugía (existencia del “*signo de las heces derramadas*” = masa amorfa extraluminal moteada con burbujas aéreas), estancia hospitalaria prolongada (divertículos >2 cm o abscesos >4 cm) y en relación a la recurrencia (>5 divertículos en un segmento de 10 cm de colon)⁷.

La diverticulitis derecha suele presentar una buena respuesta al tratamiento médico conservador¹⁻⁴ que se basa en dos pilares: reposo digestivo y antibioterapia de amplio espectro. Para pacientes con diverticulitis leve que puedan ser tratados de forma ambulatoria se recomienda amoxicilina + ácido clavulánico 875/125 mg cada 8 ó 12 horas VO y en pacientes hospitalizados ampicilina 1 g cada 6 horas IV ó metronidazol 500 mg cada 8 horas + gentamicina 240 mg cada 24 horas IV durante 4 días y posteriormente tratamiento VO³.

Respecto al tratamiento quirúrgico urgente nos podemos encontrar ante dos situaciones: diagnóstico intraoperatorio por error diagnóstico o indicación de cirugía por mala respuesta al tratamiento médico, desarrollo de una peritonitis, imposibilidad de drenaje percutáneo de abscesos o existencia de otras complicaciones (obstrucción intestinal, fístulas, etc.)². Las opciones técnicas comúnmente realizadas son: apendicectomía + antibioterapia postoperatoria (se difiere tratamiento definitivo), diverticulectomía + apendicectomía (menos complicaciones, reservada para divertículo único), hemicolectomía derecha (divertículos múltiples o en recidivas) o una resección ileocecal (las dos últimas las más utilizadas ante diverticulitis derecha complicada)¹⁻⁴. El abordaje laparoscópico queda reservado para equipos con amplia experiencia¹.

Debemos saber que tras un primer episodio de diverticulitis derecha las posibilidades de recurrencia son del 19-25% aumentando tras la primera recidiva^{3,4}. Como se señaló anteriormente la existencia de divertículos múltiples aumenta el riesgo de recidiva por lo que en estos pacientes se deberá plantear la posibilidad de tratamiento quirúrgico programado.

Podemos concluir que en pacientes con dolor en el cuadrante inferior derecho del abdomen, con síntomas atípicos (varios días de evolución, localización imprecisa, con reacción inflamatoria escasa) y también en los de origen asiático deberemos tener una alta sospecha de que se pueda tratar de una diverticulitis derecha.

Bibliografía

- Espinosa J, Sharma R, Lucerna A, Stranges D. Medical approach to right colon diverticulitis with perforation. *Case Rep Emerg Med* 2017; Article ID 2563218. Disponible en <https://doi.org/10.1155/2017/2563218>.
- Sheng-Yuan H, Chang-Chieh W, Chang-Hsien L, Hueng-Chuen F. Right-sided diverticulitis: an unusual presentation of abdominal pain in children. *J Med Sci* 2016; 36: 123-125. Disponible en <http://www.jmedscindmc.com/text.asp?2016/36/3/123/185218>.
- Ferrara F, Bollo J, Vanni LV, Targarona EM. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon derecho: revisión de conjunto. *Cir Esp* 2016; 94: 553-559. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.08.008>.
- Tse-Cheng C, Yi-Hong C, Chui-Mei T, Hong-Jen C, Hsin-Kai W, Yi-Chen L et al. Right-sided colonic diverticulitis: clinical features, sonographic appearances and management. *J Med Ultrasound* 2017; 25: 33-39. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.jmu.2016.10.007>.
- Sreenivasan N, Kalyanpur A, Bhat A, Sridhar PG, Singh J. CT diagnosis of cecal diverticulitis. *Ind J Radiol Imag* 2006; 16: 451-452. Disponible en <http://www.ijri.org/text.asp?2006/16/4/451/32244>.
- Scatarge JC, Fishman EK, Cameron JL, Siegelman SS. Diverticulitis of the right colon: CT observations. *AJR* 1987; 737-739. Disponible en <https://www.ajronline.org/doi/10.2214/ajr.148.4.737>.
- Dong-Hwan K, Hyuk-Jung K, Suk-Ki J, Kyung-Sook S. CT predictors of unfavorable clinical outcomes of acute right colonic diverticulitis. *AJR* 2017; 209: 1263-1271. Disponible en <https://www.ajronline.org/doi/full/10.2214/AJR.17.17869>.