

Utilidad de los marcadores inflamatorios y los estudios de gabinete en enfermedad diverticular complicada asintomática

Jesús A. Bahena-Aponte,* Mónica De Jesús Mosso,[†] Alejandra Judith Padilla-Flores,[‡] Arturo Ramírez-Muciño,[§] Jaime Ignacio García-Gómez,^{||} Jorge González,** Quintín Héctor González-Contreras[¶]

* Cirujano Gastrointestinal y Laparoscopia avanzada. Hospital Médica Sur. [†] Médico Cirujano. UNAM.

[‡] Residente de Primer año de Cirugía General. Hospital Médica Sur. [§] Cirujano Urologo. Médica Sur. ^{||} Radiólogo. Hospital Médica Sur.

** Estudiante de Medicina. Universidad Anáhuac. *** Cirujano Gastrointestinal y Coloproctología. Hospital Médica Sur.

Usefulness of inflammatory markers and office studies in asymptomatic complicated diverticular disease

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 13 Núm. 1 / Enero-Marzo, 2024 / p. 7-11

RESUMEN

Introducción. La enfermedad diverticular (ED) se caracteriza por la protrusión sacular de la mucosa a través de la pared muscular del colon. Con respecto a su edad su prevalencia se estima en 5% en menores de 40 años, 30% durante la sexta y séptima década de la vida y 65% en la octava década de la vida.

Objetivo. Presentar la importancia de los estudios de gabinete, así como de los marcadores inflamatorios en el caso clínico de un paciente con dolor abdominal en flanco izquierdo y a los pocos minutos se refería completamente asintomático, siendo diagnosticado de diverticulitis.

Material y métodos. Se presenta el caso de masculino de 40 años, refiere iniciar su padecimiento actual con dolor abdominal súbito en flanco izquierdo de tipo cólico, por lo que al no presentar total mejoría acude a urgencias de nuestro hospital. Sin embargo, a los pocos minutos de su ingreso a urgencias refiere disminución importante del dolor abdominal. A la exploración física refiere dolor leve a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda, sin presencia de rebote ni datos de irritación peritoneal. A su ingreso, se toman estudios de laboratorio de tipo marcadores de inflamación y TAC de abdomen compatibles con diverticulitis agudo y neumoperitoneo.

Conclusión. En la enfermedad diverticular, el diagnóstico clínico es fundamental. Sin embargo, no debemos dejar de apoyar en los marcadores inflamatorios que

ABSTRACT

Introduction. Diverticular disease (ED) is characterized by saccular protrusion of the mucosa through the muscular wall of the colon. Regarding age, its prevalence is estimated at 5% in those less than 40 year-old, 30% during the sixth and seventh decades of life and 65% in the eighth decade of life.

Aim. To present the importance of cabinet studies as well as inflammatory markers in the clinical case of a patient with abdominal pain in the left flank and after a few minutes he was completely asymptomatic, being diagnosed with diverticulitis.

Material and methods. The case of a 40 year-old male is presented, he refers to starting his current condition with sudden abdominal pain in the left flank of a colicky type, for which, since he did not present total improvement, he went to the emergency room of our hospital. However, a few minutes after his admission to the emergency room, he reported a significant decrease in abdominal pain. On physical examination, he reported mild pain on deep palpation in the left iliac fossa, with no rebound or evidence of peritoneal irritation. Upon admission, laboratory studies of inflammation markers and abdominal CT scans compatible with acute diverticulitis and pneumoperitoneum were taken.

Conclusion. In diverticular disease, clinical diagnosis is essential. However, we must not stop relying on the

Correspondencia:

Dr. Jesús Alberto Bahena-Aponte
Hospital Médica Sur. Puente de Piedra Núm. 150 Cons. 505, torre 2.
Col. Toriello Guerra. Alc. Tlalpan. C.P. 14050, Ciudad de México, México.
Tel.: 55 5171-0388. Correo electrónico: jesusbahena10@hotmail.com

ayudan como guía pronóstico en la evolución, así como los estudios de gabinete.

Palabras clave. Marcadores, inflamación, diverticulitis, complicada, asintomática.

inflammatory markers that help us as a prognostic guide in the evolution as well as the cabinet studies.

Key words. *Markers, inflammatory, diverticulitis, complicated, asymptomatic.*

INTRODUCCIÓN

La enfermedad diverticular (ED) del colon fue descrita por primera vez en un libro de texto en 1920,^{1,2} es relativamente común especialmente en personas de edad avanzada aunque cada día se observa en gente más joven y con un cuadro clínico más severo,^{3,4} se reporta una incidencia cada vez mayor a nivel mundial siendo común en países desarrollados en comparación con los países en vías de desarrollo, aunque debería considerarse en estos últimos la posibilidad de que los datos estadísticos no sean tan fidedignos debido a deficiencias en la metodología de sus registros. De acuerdo con un reporte de la Asociación Americana de Gastroenterología (AAG), la ED ocupa el quinto lugar dentro de las patologías con mayores costos directos e indirectos en los Estados Unidos, asociada a un rango de mortalidad de 2.5 por cada 100,000 por año.⁵

La ED se caracteriza por la protrusión sacular de la mucosa a través de la pared muscular del colon. La cual generalmente ocurre en las áreas débiles de la pared intestinal donde pueden penetrar los vasos sanguíneos midiendo habitualmente entre 5-10 mm.⁶ Por su presentación se divide en: simple (75%) cuando no tienen complicaciones y complicada (25%) presentando abscesos, fistulas, obstrucción, peritonitis y/o sepsis.

Con respecto a su edad su prevalencia se estima en: 5% en menores de 40 años, 30% durante la sexta y séptima década de la vida y 65% en la octava década de la vida.⁶

Mientras que su prevalencia con respecto al género se comporta de la siguiente manera: a) En menores de 50 años, es más común en el sexo masculino, en el rango de edad de 50-70% la prevalencia es discretamente mayor en el sexo femenino y dicha tendencia se va incrementando en mayores de 70 años.

La ED es mucho más frecuente en individuos mayores, correspondiendo solo entre 2 y 5% de los casos de la ED a individuos menores de 40 años de edad. La ED en este grupo etario más joven ocurre más frecuentemente en el sexo masculino, siendo la obesidad un factor de riesgo mayor (presente en 84-96% de los casos).^{7,8} Los divertículos están habitualmente localizados en el sigmoide y en el colon descendente.

El manejo de este subgrupo de pacientes de ED sigue siendo un tema ampliamente controvertido. Todavía se dis-

cute si efectivamente la ED es una entidad más virulenta en el joven. De hecho, la historia natural muestra una tendencia hacia los síntomas recurrentes,⁹ y una mayor incidencia de malos resultados que finalmente requieren cirugía.¹⁰ La cirugía a menudo es el tratamiento de elección para los pacientes jóvenes sintomáticos (aproximadamente 50% comparado con 30% para el total de los pacientes).

La etiología aún no esté completamente esclarecida, sin embargo, se considera que los divertículos se desarrollan como resultado de un incremento en la presión intraluminal o una mala distribución de la misma dentro del colon. La presión alta ejercida contra las paredes del colon hace que las bolsas del revestimiento intestinal protruyan hacia afuera a través de pequeños defectos en dichas paredes,³ asimismo existe una compleja interacción entre las estructuras del colon, la motilidad intestinal, la dieta y quizá algunos factores genéticos.¹¹

Se ha observado un aumento de la frecuencia de ED complicada en pacientes que fuman, que reciben AINEs y acetaminofeno (especialmente paracetamol), así como entre las personas obesas.¹² Sin embargo, no se ha documentado una mayor frecuencia de la ED complicada en los pacientes que beben alcohol o bebidas cafeinadas.

Las manifestaciones clínicas de las complicaciones dependen de algunos factores como lo son: el tamaño de la perforación, el grado de contaminación y la respuesta inflamatoria del huésped frente a la infección.^{13,14}

La diverticulitis complicada es considerada básicamente un trastorno predominantemente extra luminal; este concepto le confiere características especiales ya que debe de ser vista como una urgencia potencialmente quirúrgica. La colo-TAC ofrece el beneficio de evaluar tanto el intestino como el mesenterio con una sensibilidad de 69-98% y una especificidad de 75-100%.

Los hallazgos más comúnmente observados a través de este estudio en la diverticulitis aguda complicada son:

- Engrosamiento de la pared intestinal,
- Pérdida de la grasa pericolónica,
- Edema,
- Contenido líquido pericolónico,
- Aire fuera de la luz intestinal,
- Abscesos asociados.¹⁵

El objetivo del presente trabajo es presentar la importancia de los estudios de gabinete así como de los marcadores inflamatorios en el caso clínico de un paciente que si bien es cierto presenta dolor abdominal el cual fue el motivo de su ingreso a urgencias de nuestro hospital, a los pocos minutos se refería completamente asintomático, con un cuadro de diverticulitis aguda complicada.

MATERIAL Y MÉTODO

En este artículo se presenta el caso de un paciente masculino de 40 años, con los siguientes antecedentes personales patológicos de importancia. Alergias: interrogadas y negadas. Quirúrgicos: rinoseptumplastia (2007), litotripsia derecha (2021), ureteroscopia + litotripsia derecha + colocación catéter JJ bilateral (2022), ureteroscopia + litotripsia izquierda (2022), ureteroscopia + pieloscopia + litotripsia derecha + extracción de cálculo + retiro catéter izquierdo (2022). Quien refiere iniciar su padecimiento actual el día 5 de diciembre del 2022. Con presencia de dolor abdominal súbito en flanco izquierdo de tipo cólico en región periumbilical con

irradiación a testículo ipsilateral, acude con médico externo quien brinda analgesia no especificada con parcial mejoría. Por lo que al no presentar total mejoría acude a urgencias de nuestro hospital. Sin embargo, a los pocos minutos de su ingreso a urgencias refiere disminución importante del dolor abdominal.

A la exploración física refiere dolor leve a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda, sin presencia de rebote ni datos de irritación peritoneal. A su ingreso el día 6 de diciembre de 2022, se toman estudios de laboratorio en los cuales se observa: Leu 11.3 gb/mL, PCR 65 mg/dL. Por lo que se ingresa para complementar estudios diagnósticos. También se realiza una Tomografía simple de abdomen que reporta: diverticulitis aguda en colon descendente y sigmoideas, neumoperitoneo, litiasis renal bilateral no obstructiva (*Figura 1*). Es muy importante hacer mención que, aunque en la tomografía se reporta neumoperitoneo el paciente ya se refería completamente asintomático, afebril, por lo que se decide observar durante las próximas 12 horas y se repiten marcadores inflamatorios observando: (7/12/22); un discreto incremento en la PCR 103.6 mg/dL, y se solicita una pro-

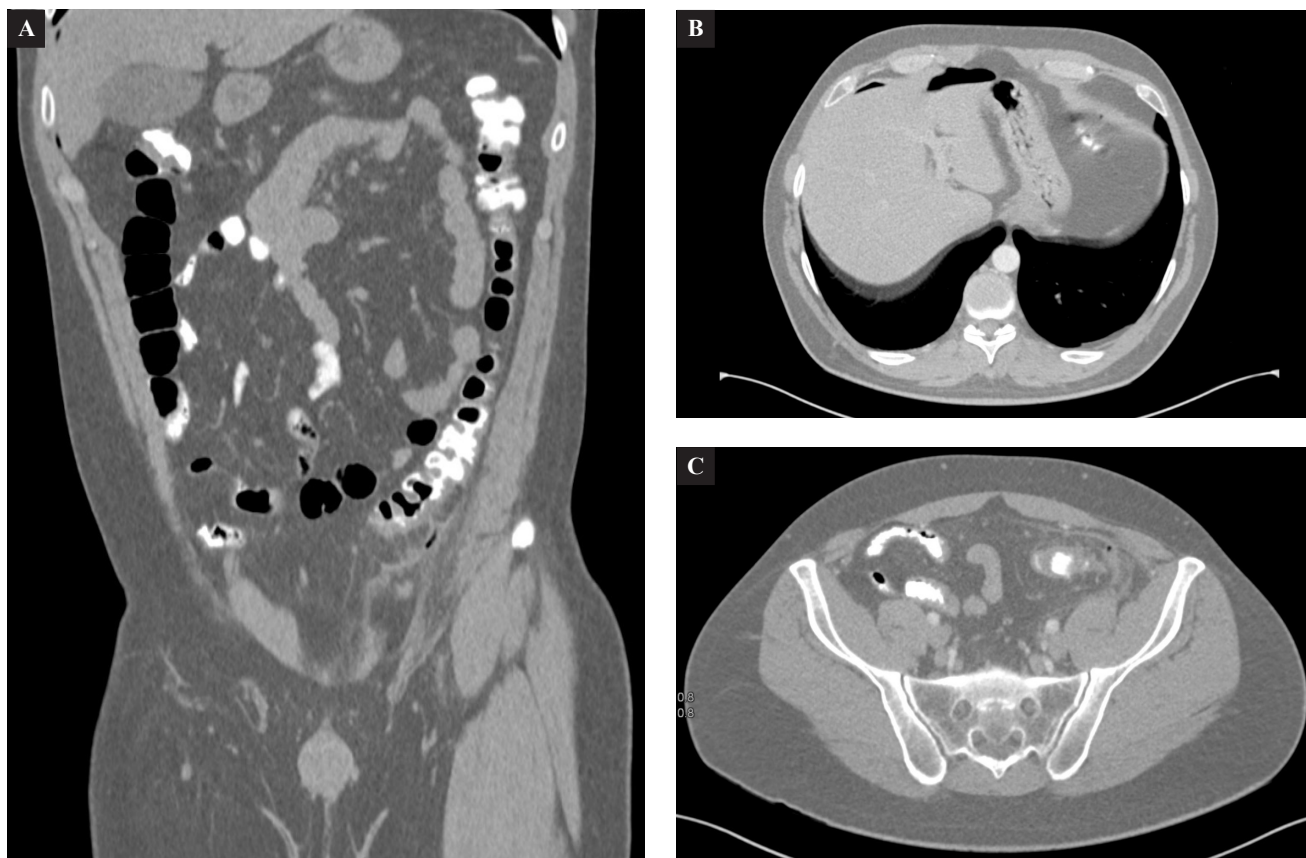


Figura 1. Tomografía del día 6 de diciembre de 2022. Cortes axiales y coronales.

calcitonina la cual es normal (< 0.5 mg/dL). Por lo que se decide realizar nueva tomografía con contraste intravenoso y oral hidrosoluble que reporto: Enfermedad diverticular complicada con datos de diverticulitis, sin fuga de material de contraste oral, aire libre subdiafragmático, sin presencia de absceso peridiverticular. Por lo que con esos hallazgos tomográficos y ante un paciente completamente asintomático

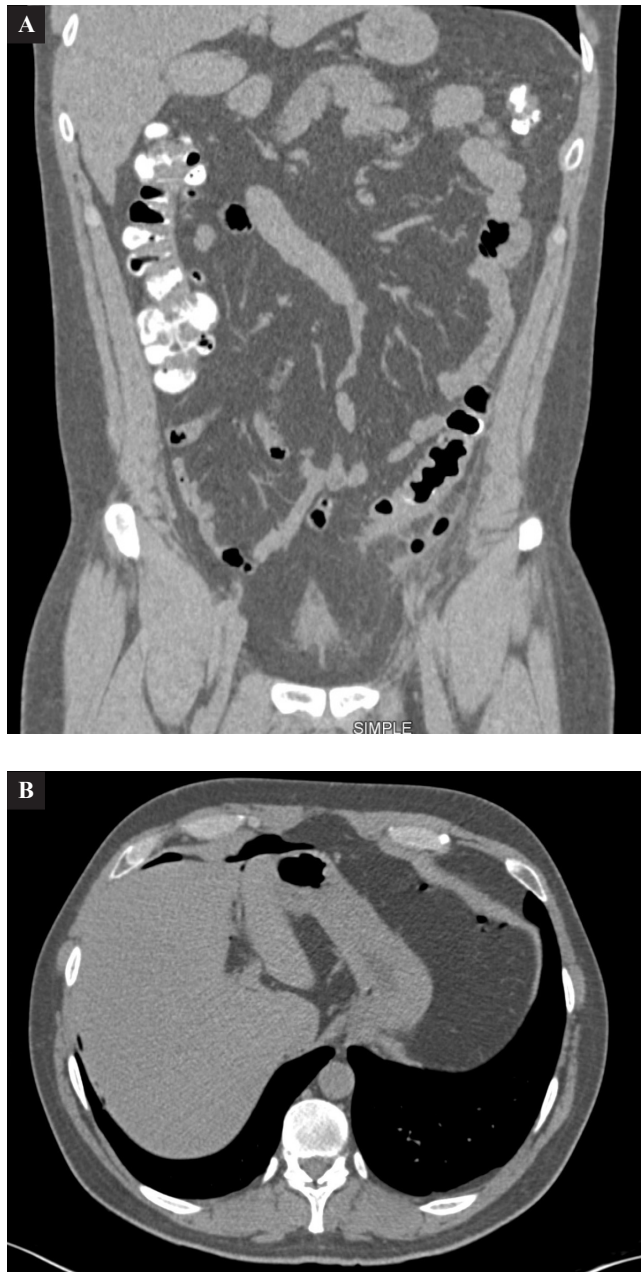


Figura 2. Tomografía del día 8 de diciembre de 2022. Cortes axiales y coroneles.

que incluso empezó a canalizar gases y evacuar. Se decidió dejar en vigilancia las próximas 24 horas repitiendo los marcadores inflamatorios el día 8/12/22 observado un nuevo incremento en la procalcitonina 0.9 mg/dL. Por lo que se repite nuevamente la tomografía abdominal (*Figura 2*), la cual reporto: diverticulitis perforada con incremento de aire intraabdominal en comparación con estudio previo. Por lo que debido al incremento de la procalcitonina y los nuevos hallazgos tomográficos se decide abordaje quirúrgico mediante Hemicolectomía izquierda laparoscópica con coloproctostomía termino terminal mecánica, sin eventualidades. El paciente evoluciona satisfactoriamente tolerando vía oral al tercer día. Se realiza seguimiento postoperatorio midiendo la procalcitonina al día postoperatorio 1, 2 y 3 observando los siguientes valores respectivamente: 67 mg/dL, 20 mg/dL y 7 mg/dL. Por lo que fue egresado con seguimiento a través de la consulta, continuando con adecuada evolución.

DISCUSIÓN

En la enfermedad diverticular como en muchas otras patologías, un diagnóstico oportuno que logre detectar la enfermedad en sus fases iniciales se traduce en un mejor pronóstico para el paciente, sin embargo, los cuadros clínicos no siempre son tan evidentes ni floridos como en el caso de nuestro paciente, pese a que es un paciente joven sin comorbilidades aparentes.

Algunos estudios postulan que el crecimiento bacteriano en el intestino delgado puede contribuir con el desarrollo de la enfermedad diverticular, lo anterior basado en la hipótesis de que el sobrecrecimiento bacteriano a nivel del intestino delgado puede recolonizar al colon provocando un incremento en la estasis fecal, perpetuando de esta forma la inflamación del colon. Aunque aún faltan estudios para poder considerar esta hipótesis como una clara etiología de la ED.

Sin embargo, el cuadro clínico que encontramos en nuestro paciente difiere en gran medida de lo reportado en la literatura, donde se ubica el dolor abdominal como el principal síntoma de esta patología, ya que nuestro paciente se refería asintomático; así mismo llama la atención que el segundo síntoma más frecuente reportado en la literatura el cual es la fiebre, tampoco se presentó en nuestro paciente.

Sin duda alguna uno de los síntomas pivote para el diagnóstico de la enfermedad diverticular sigue siendo el dolor abdominal, el cual, a pesar de ser un síntoma muy general, puede orientar a un diagnóstico adecuado cuando se presenta. Sin embargo, en el caso de nuestro paciente, el cuadro clínico era prácticamente inexistente por lo que revistió mayor importancia el apoyo de estudios de gabinete como la tomografía y los marcadores inflamatorios.

CONCLUSIONES

En la enfermedad diverticular al igual que en la mayoría de patologías quirúrgicas abdominales, el diagnóstico clínico es fundamental. Sin embargo, no debemos dejar de apoyarnos en los marcadores inflamatorios de los cuales actualmente hay evidencia de que pueden ser pronósticos de la evolución y de los estudios de gabinete para robustecer el diagnóstico y la estrategia terapéutica a seguir.

REFERENCIAS

1. Bahena-Aponte J, Dávila Díaz R, et al. Factores de riesgo asociados y sintomatología más comun en la diverticulitis aguda complicada. *Cir Gral* 2008; 30 (4): 211-4.
2. Telling WHM. Discussion on diverticulitis. *Proc R Soc Med* 1920; 13: 5-64.
3. Farrel RJ, Farell JJ, Morrin MM. Diverticular disease in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 2001; 30: 475-96.
4. Colecchia A, Sandri L, Capodicasa S, Vestito A, Mazzella G, Staniscia T, et al. Diverticular disease of the colon: New perspectives in symptom development and treatment. *World J Gastroenterol* 2003; 9: 1385-9
5. Sandler RS, Everhart JE, Donowitz M, Adams E, Cronin K, Goodman C, et al. The burden of selected digestive diseases in the United States. *Gastroenterology* 2002; 122: 1500-11.
6. Young-Fadok TM, Roberts PL, Spencer MP, Wolff BG. Colonic diverticular disease. *Curr Prob Surg* 2000; 37: 459-514. Pubmed-Medline.
7. Schauer P, Ramos P, Ghiatas A, Sirinek K. Virulent diverticular disease in young obese men. *Am J Surg* 1992; 164: 443-8. Pubmed-Medline.
8. Konvolinka CW. Acute diverticulitis under the age of forty. *Am J Surg* 1994; 167: 562-5. Pubmed-Medline.
9. Ambrosetti P, Robert JH, Witzig J-A, Mirescu D, Mathey P, Borst F et al. Acute left colonic diverticulitis in young patients. *J Am Coll Surg* 1994; 179: 156-60. Pubmed-Medline.
10. Anderson DN, Driver CP, Davidson AI, Keenan RA. Diverticular disease in patients under 50 years of age. *J R Coll Surg Edinb* 1997; 42:102-4. Pubmed-Medline.
11. West AB. NDSG. The pathology of diverticulitis. *J Clin Gastroenterol* 2008; 42: 1137-8.
12. Ko C. The natural history of diverticulitis: implications for elective surgery. *J Gastrointest Surg* 2008; 12: 1312-3.
13. Simpson J, Scholefield JH, Spiller RC. Pathogenesis of colonic diverticula. *Br J Surg* 2002; 89: 546-54.
14. Parra-Blanco A. Colonic diverticular disease: pathophysiology and clinical picture. *Digestion* 2006; 73 Suppl 1: 47-57.
15. Jaffer U, Moin T. Perforated sigmoid diverticular disease: a management protocol. *JSLs* 2008; 12: 188-93.