



P-214 - TRATAMIENTO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS

R. Ortega García¹, P. Peláez Torres², S. Alonso Gómez², G. Supelano Eslait², V. García Gutiérrez², I. Alemán Ulloa², E. Rubio González², M. Ortiz Aguilar², T. Butrón Vila², J.A. Pascual Montero² y M. Lomas Espadas²

¹Hospital de Madrid Torrelozones, Torrelozones. ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: La incidencia de diverticulitis aguda entre los países desarrollados ha ido aumentando en los últimos tiempos, especialmente en individuos jóvenes, de manera que se calcula que puede afectar al 15-20% de la población. También el número de pacientes inmunosuprimidos ha ido en aumento. Por un lado, a medida que se expandía la utilización de la medicación inmunosupresora al progresar el campo de los trasplantes de órganos y la aplicación a nuevas enfermedades: autoinmunes, enfermedades sistémicas, etc. Por otro lado, debido al aumento de enfermedades como el VIH y el SIDA, así como las enfermedades oncológicas tratadas con quimioterapia. Por todo ello, cada vez es más fácil encontrarlos, especialmente en hospitales terciarios con esta situación.

Casos clínicos: Caso 1: paciente varón de 57 años con antecedentes de un síndrome MEN 2A diagnosticado hace 14 años, por lo que se le realizó una tiroidectomía total por un carcinoma medular de tiroides y una adrenalectomía bilateral por un feocromocitoma bilateral. Desde entonces se encontraba en tratamiento corticoideo sustitutivo. Actualmente está diagnosticado de enfermedad metastásica en huesos e hígado y se encuentra en un ensayo clínico con vandetanib, con estabilización de la enfermedad desde 2007. El paciente presentó un episodio de diverticulitis aguda complicada con tratamiento conservador. A los 20 días vuelve a Urgencias por un nuevo episodio de dolor en fosa iliaca izquierda (FII) de 5 días de evolución acompañado de defensa localizada e importante afectación general. Analíticamente sólo destacaba una neutrofilia (88,1%). En la radiografía de abdomen se encontraron datos sugestivos de neumoperitoneo, por lo que se realiza un TAC abdominal que confirma el diagnóstico de diverticulitis aguda complicada con datos de perforación. Ante los hallazgos, antecedentes y situación del paciente se decidió operarle, llevando a cabo una intervención de Hartmann. El paciente presentó un postoperatorio sin incidencias y fue dado de alta en el 7º día postoperatorio (DPO). La anatomía patológica confirmó el diagnóstico. Caso 2: paciente mujer de 39 años con antecedentes de hipertensión arterial de difícil manejo con retinopatía hipertensiva grado II, exfumadora, insuficiencia renal crónica de etiología no filiada desde hace 3 años en tratamiento con diálisis peritoneal, hiperparatiroidismo secundario, hipotiroidismo subclínico, déficit de alfa1-antitripsina sin afectación pulmonar, hiperplasia suprarrenal bilateral, hepatomegalia e hipertensión pulmonar sin varices esofágicas. Dos meses antes la paciente recibió un trasplante renal e inició su tratamiento inmunosupresor. Acude al hospital por dolor abdominal difuso que se ha ido focalizando en fosa iliaca izquierda, con defensa en

la zona, acompañado de náuseas, vómitos y diarrea, y fiebre de hasta 39 °C en el último día. Analíticamente se encontró un leve deterioro de la función renal (creatinina 1,17), una proteína C reactiva de 17 junto con 4.500 leucocitos/mm³ (neutrófilos 80,4%). Se realizó un TAC abdominal que confirmó el diagnóstico clínico de diverticulitis aguda complicada perforada. Se llevó a cabo una intervención quirúrgica urgente en la que se realizó una intervención de Hartmann. El postoperatorio no presentó incidencias y se le dio el alta en el 10º DPO. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico clínico y la presencia de citomegalovirus.

Discusión: La inmunosupresión ha sido definida en estudios sobre diverticulitis aguda como un factor de riesgo independiente de gravedad y de perforación. Además, en pacientes inmunosuprimidos se ha encontrado una incidencia de diverticulitis mayor que en la población general y una mayor morbilidad y mortalidad. Esto parece relacionarse con un retraso en el diagnóstico al manifestarse menos floridamente y a una menor capacidad del organismo para contener la infección. En cuanto al tratamiento, en la revisión de Hwang et al se aprecia que el tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, asociándose a una menor mortalidad que el médico (23% vs 56%), siendo la intervención de Hartmann la que más frecuentemente se realiza (75%) y la que se asocia a una menor mortalidad (14%). En un estudio reciente de Biondo et al también se observó que en los pacientes inmunosuprimidos es más frecuente la necesidad de tratamiento quirúrgico (31% vs 21%), siendo la opción más frecuentemente la intervención de Hartmann (71,2%). Hay que tener una alta sospecha diagnóstica en pacientes inmunodeprimidos con dolor abdominal, ya que la clínica es más difusa, pudiendo aparecer sin fiebre o leucocitosis. El tratamiento quirúrgico debe ser de elección ante una diverticulitis complicada. La operación de Hartmann es la que obtiene los mejores resultados de supervivencia.