



287/12 - GRACIAS ECOGRAFÍA, TAMBIÉN NOS AYUDAS CON LA DIVERTICULITIS AGUDA

O. Vicente López^a, A. Sáez Fernández^b, S. Joleini Joleini^c, I. Valero López^d, A. Fernández Rodríguez^e y M. Rivera Teijido^f

^aMédico de Familia. Centro de Salud La Marazuela. Las Rozas. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Mejorada del Campo. Madrid. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Valleaguado Coslada. Madrid. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Rascafría. Dirección Asistencial Norte. Madrid. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Isabel II. Parla. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 73 años con AP de HTA y lumbalgia crónica por estenosis de canal, en tratamiento con valsartan. Refiere que hace cuatro días comenzó con dolor lumbar izquierdo irradiado posteriormente a flanco izquierdo. Al comienzo era de características mecánicas pero posteriormente se hizo continuo. El paciente lo relaciona tras manipulación de fisioterapeuta. No presenta náuseas, vómitos, fiebre, ni alteración del ritmo intestinal ni síntomas urinarios.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración el abdomen es globuloso, blando y depresible, doloroso a la palpación de fosa ilíaca izquierda con defensa voluntaria, Blumberg $\rightarrow +$. PPR bilateral -. Se realiza eco abdominal detectando hígado, vesícula biliar, vía biliar, páncreas, bazo y riñón derecho sin alteraciones. En el riñón izquierdo se detectan un quiste simple cortical de 52 mm. En fosa ilíaca izquierda coincidiendo con la zona de dolor se detecta imagen en diana que parece corresponder a sigma con engrosamiento concéntrico de su pared, con un grosor de 6 mm. En su margen izquierdo se detectan dos lesiones hipocóicas que impresionan de divertículos, uno con engrosamiento parietal, compatible con diverticulitis aguda y una mínima banda anecogénica hipocóica lineal de líquido. Se deriva al paciente al servicio de urgencias de nuestro hospital. En analítica destaca 12,220 L y PCR 95,10. Se le realiza TC abdomen, detectando abundantes divertículos en sigma. En el segmento proximal se observa engrosamiento parietal, con afectación de la grasa del meso correspondiente y aisladas adenopatías milimétricas locorregionales, sugestivo de diverticulitis aguda. El paciente queda ingresado, se le administra antibioterapia IV con buena evolución.

Juicio clínico: Diverticulitis aguda.

Diagnóstico diferencial: Otros procesos infecciosos, Crohn, colitis isquémica y neoplasias.

Comentario final: La enfermedad diverticular del colon es una entidad crónica con una variada sintomatología abdominal que puede cursar con episodios recurrentes de diverticulitis aguda. Su incidencia aumenta con la edad, de tal forma que en pacientes de 80 años la prevalencia puede llegar al 60%, y de éstos un 25% sufrirán al menos un episodio de diverticulitis aguda (DA). La

clínica de la DA cursa con dolor en fosa iliaca izquierda, pudiendo acompañarse de fiebre y/o leucocitosis y aumento de PCR. Respecto las técnicas de imagen a utilizar, la ecografía ha demostrado una buena S y E (92% y 90%, respectivamente), aunque la TC presenta valores superiores S 94% y E 99%, considerándola el patrón oro. La ventaja de la ecografía es la ausencia de radiaciones, bajo coste y su disponibilidad, lo que aumenta la resolución del médico de familia. Los criterios ecográficos de DA son engrosamiento segmentario concéntrico de pared del colon > 4-5 mm con pérdida de la compresibilidad, presencia de divertículos, cambios inflamatorios en los divertículos, e inflamación de la grasa pericolónica con aumento de su ecogenicidad y grosor y posteriormente aspecto hipoecoico por presencia de líquido.

Bibliografía

1. Medina FJ, Díaz N, Gallardo AB, Gómez I, Garzilazo DJ, Gómez J. Nuevas tendencias en el manejo de la diverticulitis y la enfermedad diverticular del colon. Rev Esp Enferm Dig. 2015;107:162-70.