



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 482/1013 - LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA EXPLORACIÓN FÍSICA: DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA

E. Poquet Faig<sup>1</sup>, M. Maria Tablado<sup>2</sup> y C. Rodríguez Ots<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ibiza. Madrid. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Perales de Tajuña. Perales de Tajuña. Madrid. <sup>3</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Numancia. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 91 años sin antecedentes relevantes que consulta por dolor abdominal y ausencia de tránsito intestinal. Permaneció ingresada en el Hospital con diagnóstico de diverticulitis aguda hacía 20 días y manejo de forma conservadora, tratada desde entonces con antibiótico.

**Exploración y pruebas complementarias:** La paciente presentaba palidez y mal estado general. Se encontraba hipotensa (TA 97/61) y taicárdica con una frecuencia de 112 lpm, saturando al 92%. Presentaba febrícula (37,2 °C). A la exploración abdominal destacaba dolor a la palpación en fosa ilíaca izquierda y una masa palpable a dicho nivel.

**Orientación diagnóstica:** Ante la sospecha de la aparición de una complicación secundaria a su reciente diagnóstico de diverticulitis, se decide remitir a la paciente a Urgencias para ampliar el estudio.

**Diagnóstico diferencial:** Según la clínica que presentaba la paciente y la exploración física realizada, la sospecha inicial era de sepsis abdominal a filiar, probablemente secundaria a su proceso de diverticulitis de los días previos. Aun así, hacían falta pruebas complementarias que ayudaran a descartar otros orígenes de dicho foco abdominal como podría ser una infección de tracto urinario inferior, una obstrucción abdominal y hasta una perforación secundaria.

**Comentario final:** Se realizó una analítica sanguínea donde se objetivó una leucocitosis de 14.000 con una proteína C reactiva de 17,5 y un dímero D de 11.000. Ante dichos hallazgos, se amplió el estudio con una tomografía computarizada donde se visualizó una colección en fosa iliaca izquierda de 8,9 por 6,4 centímetros en sigma con extensión a pared abdominal y múltiples burbujas de gas y colecciones en fascia del musculo recto anterior, compatibles con fascitis necrotizante. Además, trombosis de la vena cava inferior hasta ambas iliacas y venas femorales de probable origen secundario a lo previo. Finalmente, se decidió ingresar a la paciente con antibioterapia empírica y drenajes de la colección. Se extrajeron cultivos de las muestras y se inició anticoagulación.

### Bibliografía

1. Dharmarajan S, Hunt SR, Birnbaum EH, et al. The efficacy of nonoperative management of acute complicated diverticulitis. *Dis Colon Rectum*. 2011;54:663.
2. Strate LL, Modi R, Cohen E, Spiegel BM. Diverticular disease as a chronic illness: evolving epidemiologic and clinical insights. *Am J Gastroenterol*. 2012;107:1486.

**Palabras clave:** Diverticulitis. Colon. Absceso.