



## P-611 - OSTEOMIELITIS ILIACA COMO DEBUT CLÍNICO DE DIVERTICULITIS AGUDA PERFORADA: UNA INUSUAL COMPLICACIÓN

J.A. Blanco Elena, C. Rodríguez Silva, A. Titos García, J.M. Aranda Narváez, A.J. González Sánchez, B. García Albiach, M.C. Montiel Casado y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

### Resumen

**Introducción:** La enfermedad diverticular representa una patología frecuente en la práctica clínica diaria, siendo asintomática en la mayoría de pacientes, no obstante, puede presentarse con complicaciones asociadas potencialmente fatales como la perforación y el absceso paracólico, pudiendo establecer en ocasiones fistulización con las vísceras adyacentes, la pared abdominal y en raras ocasiones estructuras óseas.

**Caso clínico:** Mujer de 57 años pluripatológica, ingresada en el Servicio de Medicina Interna por lesión cutánea indurada a nivel de pala iliaca izquierda de 1 semana de evolución asociado a fiebre, que ha ido aumentando de tamaño progresivamente, pese a antibioterapia empírica. A la exploración física presentaba una placa de unos 7 cm de diámetro, indurada, localizada a nivel de pala iliaca izqda., con un orificio central a través del cual drenaba material de aspecto purulento. Negaba dolor abdominal ni alteración del hábito intestinal. Analítica con leucocitosis, neutrofilia y elevación de PCR. Se solicitó RMN en la que se identificaba lesión de trayecto anfractuoso a nivel de zona glútea izquierda, afectando a la musculatura glútea, y que se comunicaba con un foco de osteomielitis a nivel del hueso iliaco izquierdo como causa probable del cuadro. Tras comprobar el cultivo del exudado, con crecimiento de *E. coli* resistente y *C. albicans*, y con la intención de descartar foco intra-abdominal se decidió realizar un TAC abdominopélvico identificándose engrosamiento y realce de pared de colon descendente y sigma con divertículos e infiltración de la grasa adyacente, y un trayecto fistuloso extendiéndose hasta psoas iliaco, grasa subcutánea y piel, compatible con diverticulitis aguda con fistulización a piel. Se decidió instaurar antibioterapia dirigida según cultivo para mejorar las condiciones locales y cirugía diferida a los 10 días. Los hallazgos intraoperatorios fueron: masa inflamatoria diverticular de colon sigmoide adherida a 2 asas de yeyuno y ovario izquierdo, con infiltración inflamatoria a nivel retroperitoneal localizándose un trayecto fistuloso extraperitoneal de contenido purulento. Se realizó una sigmoidectomía y resección de asas de yeyuno implicado, liberación de ovario izquierdo y legrado de todo el trayecto fistuloso, asociando una anastomosis colorectal mecánica y una anastomosis de intestino delgado manual biplano. La evolución postoperatoria fue favorable. La anatomía patológica se informó como diverticulitis aguda perforada.

**Discusión:** La diverticulitis aguda es una patología prevalente en nuestro medio, cuyas manifestaciones son fundamentalmente abdominales. No obstante, en pacientes pluripatológicos, inmunosuprimidos, enolismo crónico o corticoterapia prolongada, pueden debutar con otro tipo de manifestaciones, más infrecuentes, como es el caso que hemos relatado, siendo imprescindible un elevado índice de sospecha clínica, apoyado por estudios radiológicos como el TC abdomen y la RMN. El tratamiento es combinado, aunando antibioterapia dirigida según cultivo y cirugía en un segundo tiempo. Por todo ello, aunque inusual, la

diverticulitis perforada con fistulización ósea, es una de las posibles complicaciones que pueden acaecer durante el curso clínico de la enfermedad, siendo necesario un elevado índice de sospecha, para procurar un correcto diagnóstico y consecuentemente, tratamiento precoz.