



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

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

E. Poquet Faig¹, M. María Tablado² y C. Rodríguez Ots³

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ibiza. Madrid. ²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Perales de Tajuña. Perales de Tajuña. Madrid. ³Residente de 3^{er} 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 hacia 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 taquicárdica con una frecuencia de 112 lpm, saturando al 92%. Presentaba febrícula (37,2 °C). A la exploración abdominal destacaba dolor a la palpación en fossa 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 fossa ilíaca 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 músculo 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.