

Diverticulitis aguda complicada con fístula al músculo psoas y formación de absceso. Presentación de un caso

Acute diverticulitis complicated with fistulization to psoas muscle and abscess formation. A case report

Ana María Gómez Bolívar[1]
Vilmar Javier Castilla Muñoz[1]
Víctor Nebil Larrañaga[2]
https://doi.org/10.53903/01212095.241

Palabras clave (DeCS)

Diverticulitis del colon
Absceso del psoas
Tomografía computarizada multidetector

Key words (MeSH)

Diverticulitis, colonic
Psoas abscess
Multidetector computed tomography

Resumen

La diverticulitis aguda (DA) es una entidad común predominantemente en la población adulta. Se puede complicar con absceso en un 30 % de los casos o con el desarrollo de una fístula hasta en un 14 % de los casos; la afectación del músculo psoas es poco frecuente. En este trabajo se presenta el caso de un paciente joven en quien se identificó un trayecto fistuloso entre el colon y el músculo psoas con formación de absceso, como consecuencia de un cuadro de DA. Se revisó la literatura disponible, en la que se destaca la importancia de la tomografía axial computarizada (TAC) en la evaluación de esta entidad y sus diferentes complicaciones.

Summary

Acute diverticulitis (AD) is a common condition predominantly affecting the adult population. It can be complicated by abscess formation in 30% of cases or the development of a fistula in up to 14% of cases; involvement of the psoas muscle is rare. This report presents the case of a young patient in whom a fistulous tract between the colon and the psoas muscle was identified, along with abscess formation as a consequence of an episode of AD. A review of the available literature was conducted, highlighting the importance of computed tomography (CT) in the evaluation of this condition and its various complications.

Caso clínico

Se trata de un paciente de 34 años de edad, con antecedente de enfermedad diverticular no complicada, cuyo último episodio ocurrió un año atrás. Acude a la guardia con cuadro clínico de 24 horas de evolución caracterizado por dolor en fosa ilíaca izquierda (FII) y temperatura de 37,5 °C. Al examen físico se documenta dolor a la palpación en la zona referida, sin defensa muscular. Los datos de laboratorio evidencian leucocitosis de 14.360 mm^3 con neutrofilia de 77,6 %.

Se realiza tomografía computarizada multidetector (TCMD) de abdomen y pelvis con medio de contraste endovenoso (EV), ante la sospecha de diverticulitis aguda complicada (figuras 1, 2 y 3).

El paciente es llevado a cirugía, durante la cual se encuentra una gran masa inflamatoria en el colon izquierdo, con evidencia de un trayecto fistuloso entre el colon descendente y sigmoides y el músculo psoas. Se efectúa fistulectomía con drenaje de absceso, colectomía izquierda y anastomosis términolateral. El paciente evoluciona favorablemente.

Discusión

La diverticulosis colónica es una entidad común en la población general, y su incidencia aumenta con la edad a razón del 5 % a los 40 años, 30 % a los 60 años y 50-80 % a los 80 años. Alrededor del 25 % de los pacientes con diagnóstico de diverticulosis desarrollarán cuadros de diverticulitis aguda (DA), y son los más jóvenes quienes presentarán mayor recurrencia. Esta entidad representa el 3,8 % de las causas de consulta en urgencias por dolor abdominal agudo (1).

La DA resulta de la inflamación de las evaginaciones de la pared intestinal como consecuencia de la obstrucción del *ostium* diverticular por un fecalito, con la inflamación subsiguiente (diverticulitis no complicada). Un 25 % de estos pacientes desarrollarán complicaciones como absceso, flemón, fístula, estenosis, obstrucción, hemorragia o perforación (diverticulitis complicada) (1,2).

La clínica general de esta entidad está dada por dolor en FII, fiebre, cambios en el hábito intestinal y leucocitosis en el hemograma. También puede asociarse con dolor lumbar, masa palpable en flanco o región inguinal, ante la presencia de un absceso del psoas y/o flemón inflamatorio (3).

[1]Residente Diagnóstico por Imágenes.

[2]Médico, especialista en Diagnóstico por Imágenes.

Departamento de Diagnóstico por Imágenes Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC). Buenos Aires, Argentina.



Figura 1. TAC de abdomen con medio de contraste endovenoso y oral, reconstrucción sagital. Engrosamiento mural del colon sigmoides (flecha amarilla) secundario a cambios inflamatorios diverticulares. Se identifica trayecto fistuloso (flecha roja) que comunica el colon comprometido y una colección inflamatoria en el músculo psoas izquierdo (flecha verde).



Figura 2. TAC de abdomen con medio de contraste endovenoso y oral, corte axial. Engrosamiento mural del colon sigmoides (flecha amarilla). Colección líquida con realce periférico y burbujas de aire en el músculo psoas izquierdo (flecha verde), compatible con absceso. Se identifica trayecto fistuloso entre el colon inflamado y dicha colección (flecha roja), asociado a cambios inflamatorios de la grasa adyacente.



Figura. 3. TAC de abdomen con medio de contraste endovenoso y oral, reconstrucción coronal. Cambios inflamatorios colónicos y pericolónicos (flecha amarilla), asociados a colección líquida con realce heterogéneo y burbujas aéreas (flecha verde).

El ultrasonido, como parte importante de la evaluación inicial del dolor abdominal, puede demostrar un divertículo no compresible con engrosamiento mural hipoecoico del colon y cambios inflamatorios de la grasa adyacente; sin embargo, su sensibilidad y especificidad son bajas, y es operadordependiente. La TAC representa el método diagnóstico de elección para la DA y sus complicaciones locales y a distancia (1).

El desarrollo de un absceso asociado a un cuadro de DA se ha descrito en el 30 % de los casos. El absceso del músculo psoas específicamente, es poco frecuente y se da por contigüidad/fistulización con el proceso inflamatorio inicial, como en el caso descrito. Los hallazgos típicos por imágenes serán la pérdida del contorno del músculo iliopsoas o la presencia de gas en el espacio retroperitoneal (3,4).

Por otro lado, la complicación con fístula (trayecto inflamatorio que comunica dos órganos o estructuras epiteliales) asociada a DA se puede presentar hasta en un 14 % de los casos, y ocurre como consecuencia de la pérdida de integridad de las estructuras vecinas al absceso diverticular; las localizaciones más frecuentes son colovesical, coloentérica y colouterina. De acuerdo con su trayecto y comunicación, se manifiesta con diferentes síntomas, generalmente insidiosos. El diagnóstico definitivo será mediante la visualización del trayecto fistuloso, ya sea por tomografía, con fistulografía o durante el acto quirúrgico (5).

La clasificación de Hinchey basada en hallazgos radiológicos e intraoperatorios de pacientes con DA es útil para determinar la gravedad del cuadro, como se describe a continuación: flemón (estadio Ia), absceso localizado (estadios Ib y II), perforación libre con peritonitis purulenta (estadio III), o con peritonitis fecal (estadio IV) (1,2).

En el presente caso, los hallazgos imagenológicos y quirúrgicos corresponden a DA Hinchey II, asociada a fístula y formación de absceso del músculo psoas, como complicación en un paciente joven con antecedente de diverticulosis y episodios previos de DA.

Conclusiones

La DA constituye una de las causas frecuentes de consulta en los servicios de urgencias por dolor abdominal; sin embargo, sus complicaciones se manifiestan de forma insidiosa, lo que representa un reto para los cirujanos e imagenólogos, pues las mismas conllevan cuadros severos de alta morbimortalidad, que requieren un manejo multidisciplinario precoz.

Aunque la TCMD es el estudio de elección para la evaluación de DA y sus posibles complicaciones, los imagenólogos deben estar familiarizados con los hallazgos por ultrasonido, ya que sigue siendo el estudio inicial para el abordaje del dolor abdominal, y puede aportar información relevante.

Referencias

1. Onur MR, Akpinar E, Karaosmanoglu AD, Isayev C, Karcaaltincaba M. Diverticulitis: a comprehensive review with usual and unusual complications. Insights Imaging. 2017;8(1):19-27. https://doi.org/10.1007/s13244-016-0532-3
2. Fluxá D, Quera R. Enfermedad diverticular: mitos y realidades. Revista Médica de Chile. 2017;145:201-8. http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000200009
3. García-Morán A, Campoamor-Serrano MT, de la Fuente-García B, Viejo-Guerra G, Fernández-Regueiro R. [Psoas abscess secondary to perforated acute diverticulitis]. Semergen. 2017;43(5):407-9. https://doi.org/10.1016/j.semerg.2016.11.008
4. Lidid L, Casas J. Absceso del iliopsoas: Claves para el diagnóstico imagenológico. Revista Chilena de Radiología. 2017;23:163-73. http://dx.doi.org/10.4067/s0717-93082017000400163
5. Ruscelli P, Renzi C, Polistena A, Sanguinetti A, Avenia N, Popivanov G, et al. Clinical signs of retroperitoneal abscess from colonic perforation: Two case reports and literature review. Medicine. 2018;97(45):e13176. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000013176

Correspondencia

Ana María Gómez Bolívar
Departamento de Imágenes
Hospital Universitario Sede Saavedra
Galván 4102, Capital Federal, Argentina
anamariagomezb9@gmail.com

Recibido para evaluación: 15 de junio de 2023
Aceptado para publicación: 15 de septiembre de 2023