



Caso Clínico

Nombre del Alumno: José Francisco Pérez Pérez

Nombre del tema: Caso clínico de Enfermedad diverticular

Parcial: 2do

Nombre de la Materia: Clínica Quirúrgica Complementaria

Nombre del profesor: Dr. Guillermo DelSolar Villarreal

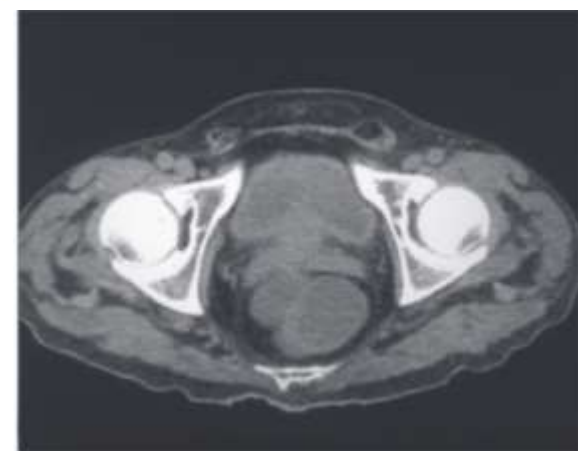
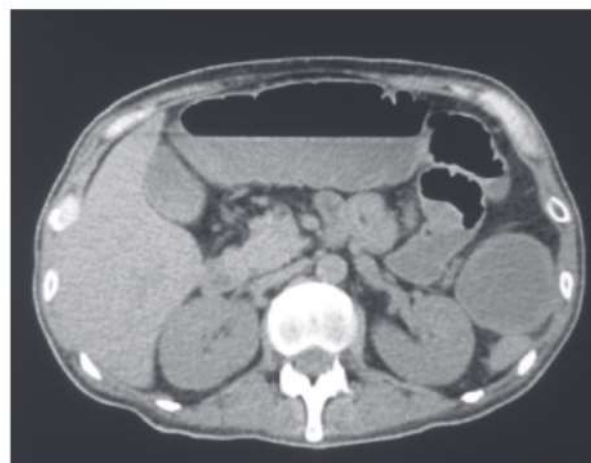
Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

7° semestre

CASO CLÍNICO DE ENFERMEDAD DIVERTICULAR

PRESENTACIÓN DE CASO

Varón de 53 años de edad con diagnóstico de hipertrofia prostática y antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo II, infarto agudo del miocardio y accidente vascular cerebral. Los síntomas iniciaron dos meses antes de su ingreso, con distensión abdominal, hiporexia, náusea, vomito, y dolor abdominal tipo cólico en la fosa iliaca izquierda. El dolor se irradiaba de manera difusa a todo el abdomen, era intermitente y se autolimitaba en un lapso de 10 segundos. Este cuadro clínico persistió durante un mes, por lo cual acudió al servicio de urgencias; de manera concurrente se determinó una pérdida de peso de 20 kg, fiebre de 38 °C y sangrado oculto en heces. A la exploración física se corroboró el dolor abdominal mencionado, además de disminución del peristaltismo, sin hallazgo de masas o visceromegalias. Los exámenes de laboratorio indicaron anemia con hemoglobina de 10 g/dl y leucocitosis de 18 000 células/dl. Se indicó una colonoscopia, en la cual se reconoció una estenosis en el sigmoide, a 20 cm del margen anal, de aspecto inflamatorio. En el ciego se identificó un orificio de 8 mm con bordes elevados y cambios inflamatorios, con dilatación y engrosamiento de la mucosa del íleon distal. El paciente recibió tratamiento médico con antibióticos de amplio espectro por 10 días y reposo intestinal, tras lo cual se le dio de alta. Pocos días después reingresó por persistencia de los síntomas, razón por la cual se efectuó una tomografía abdominal con contraste por el colon, sitio en el que se identificó una tumoración a 10 cm del margen anal, con engrosamiento de las paredes intestinales, disminución de la luz en un trayecto de casi 10 cm, acompañada en su perímetro medial de una imagen redondeada, con realce periférico, contenido hipodenso y algunas burbujas consistentes con un absceso. Se tomaron muestras para biopsia, de las cuales se informó inflamación crónica sin datos de malignidad. La grasa perisigmoidea adyacente mostró una intensidad discre-



tamente mayor. El colon derecho reveló engrosamiento de la pared y un absceso adyacente al íleon distal, además de una fístula situada a 10 cm de la válvula ileocecal que comunicaba el íleon con el ciego, así como otra área inflamatoria en el sigmoide. Se practicó disección y resección del íleon terminal (20 cm) más una colectomía total y una anastomosis ileorrectal terminal con engrapadora circular. De forma adicional se llevó a cabo una ileostomía en asa de protección. El paciente no presentó ninguna complicación posoperatoria. En términos anatomopatológicos, el resultado mostró inflamación y fibrosis en el colon con mucosa edematizada, así como múltiples divertículos, signos consistentes con enfermedad diverticular complicada, aguda, ulcerada y penetrante del tejido adiposo pericolónico en sigmoide y ciego. Ocho semanas después del procedimiento quirúrgico se efectuó el cierre de la ileostomía, sin complicación alguna.



BIBLIOGRAFÍA

- Diverticulitis sincrónica: informe de un caso Casos clínicos Castañeda-Argáiz R, Rodríguez-Zentner HA, Tapia H, González-Contreras QH. Servicio de Cirugía de Colon y Recto, Departamento de Cirugía, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México, D. F