

DIVERTICULITIS AGUDA Y SU DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS: CARACTERIZACIÓN MEDIANTE ECOGRAFÍA. ¿CÓMO EVITAR EN ALGUNAS OCASIONES LA SOBERRADIACIÓN POR TC?

I. Garrido Márquez, L. Guirado Isla, J.A. Miras Ventura, L. Díaz Rubia, P. Pérez Naranjo, A. Milena Muñoz.

Hospital Campus de la Salud, Granada. Hospital Neurotraumatológico, Jaén.

OBJETIVO

La diverticulitis aguda consiste en la inflamación de un segmento intestinal con divertículos, generalmente del sigma, y es una de las enfermedades del tubo digestivo que más frecuentemente se ven en urgencias. Para su diagnóstico es necesario correlacionar la clínica del paciente con una prueba de imagen, y es aquí cuando el radiólogo interviene, pues la TC abdominopélvica es la exploración de elección, si bien en algunos casos podría ser suficiente con la realización de una ecografía.

Este trabajo pretende ser una revisión sobre los hallazgos ecográficos de esta enfermedad.

REVISIÓN DEL TEMA

La enfermedad diverticular es un trastorno que se produce cuando se forman pequeñas bolsas o sacos que empujan hacia afuera a través de los puntos débiles de la pared del colon. Tiene una elevada prevalencia en nuestro medio (20-60% de la población general), aumentando su incidencia con la edad (aproximadamente un 5% antes de los 40 años hasta un 65-70% a los 70 años).

La enfermedad diverticular suele ser asintomática en un 70-80% de los casos y habitualmente se diagnostica de forma incidental al realizar alguna exploración por otra indicación. En cambio, algunos casos son sintomáticos, pero estos síntomas son muy inespecíficos y se pueden confundir con el síndrome del intestino irritable: dolor abdominal, flatulencia y cambio en el ritmo de las deposiciones.

Su complicación más frecuente es la inflamación de los divertículos o diverticulitis aguda, que presenta una incidencia de aproximadamente el 15-25%. Normalmente, el segmento de colon que más frecuentemente se ve afectado es el sigma. Suele comenzar con una microperforación de un divertículo como resultado de la obstrucción del cuello diverticular por impactación fecal y empieza a extenderse a las regiones adyacentes. El cuadro clínico habitual por el que van los pacientes al servicio de Urgencias es dolor en fosa ilíaca izquierda (FII), fiebre y estreñimiento, observándose en la analítica una leucocitosis y aumento de la PCR.

El diagnóstico diferencial es muy variado, pues habría que tener en cuenta otras patologías como colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, cuadros ginecológicos como enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), torsión ovárica, etc. Es aquí donde entra en importancia la prueba de imagen, y el radiólogo tiene la opción de decidir si comenzar la búsqueda del diagnóstico haciendo una ecografía o una TC.

Existen determinadas situaciones en las que sería recomendable comenzar realizando una ecografía, por ejemplo:

-Según la edad del paciente: en población más joven sería más conveniente empezar por una ecografía para así evitar la soberradiación de una prueba como la TC.

-Según el sexo del paciente: sería idóneo iniciar el estudio con ecografía en pacientes mujeres y en edad fértil.

-Según el morfotipo del paciente: es más fácil llegar a un diagnóstico por ecografía si es un paciente delgado.

La ecografía presenta una sensibilidad del 80-90% y una especificidad del 80-97% en manos expertas, si bien hay que tener en cuenta que su sensibilidad disminuye si se sospecha una diverticulitis complicada con abscesos, perforación, etc. Los hallazgos típicos de la diverticulitis aguda son los siguientes:

Engrosamiento focal de la pared cólica, con una distancia de más de 4 mm entre la interfase ecogénica de la luz cólica e hiperecogenicidad de la serosa/grasa pericólicas (Imagen 1, Imagen 2, Imagen 3).



Imagen 1. Engrosamiento parietal circunferencial de hasta 8 mm de un segmento de colon sigmoideos.



Imagen 2. Engrosamiento parietal de hasta 9 mm de un segmento de colon sigmoideos con hiperecogenicidad marcada de la grasa adyacente.

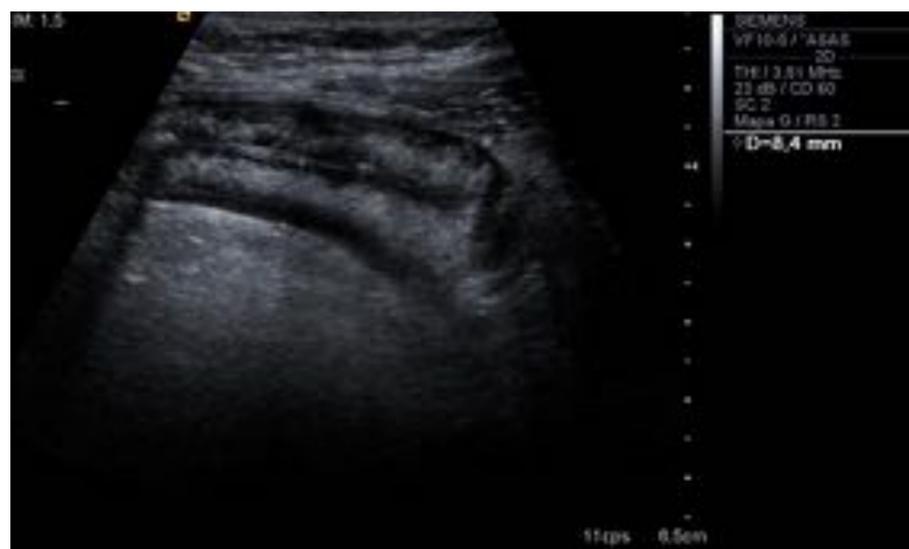


Imagen 3. Engrosamiento de la pared del sigma de unos 8,4 mm.

- Hiperemia de la pared en el estudio Doppler color (Imagen 4).

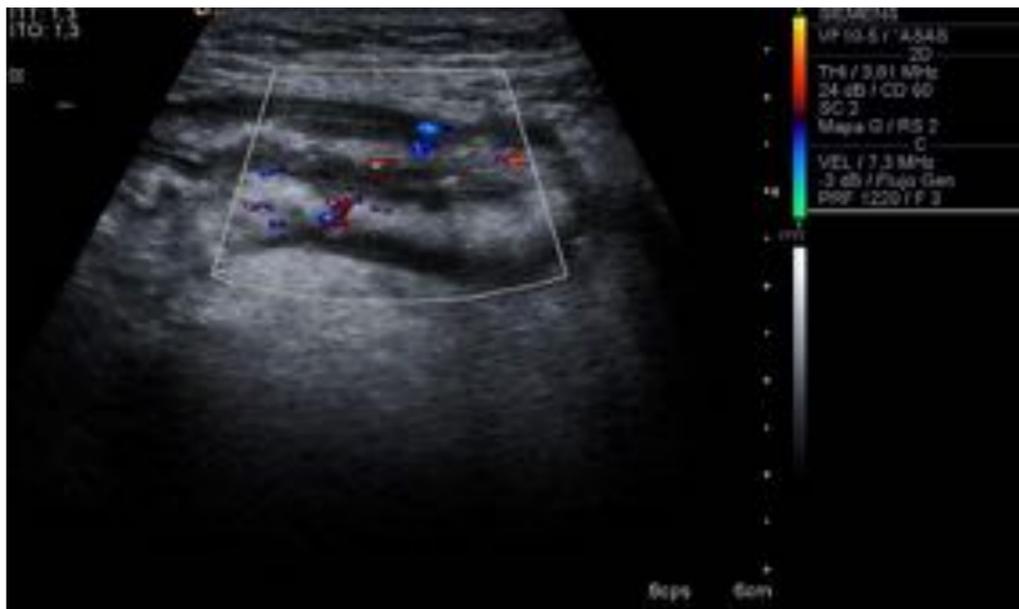


Imagen 4. Aumento de la señal Doppler color como signo de hiperemia parietal.

-Visualización de formaciones redondeadas u ovaladas (divertículos) que protruyen desde la luz cólica y producen una disrupción de la continuidad de la capa (Imagen 5, Imagen 6).



Imagen 5. Formación diverticular en colon sigmoides.



Imagen 6. Divertículos en un segmento de colon sigmoides.

-Signos de inflamación pericolónica:

- Aumento de la ecogenicidad de la grasa pericólica adyacente a la pared del segmento cólico afecto (Imagen 2, Imagen 7).
- Áreas hipoecoicas mal delimitadas en el interior de la grasa pericólica (Imagen 8).



Imagen 7. Se aprecia un engrosamiento parietal de un segmento de unos 4 cm de sigma con hiperecogenicidad de la grasa adyacente al mismo.



Imagen 8. Áreas más hipoecoicas con otras de hiperecogenicidad en la grasa pericólica.

Si al hacer el estudio ecográfico vemos todos los puntos anteriores sin más, podemos dar por concluido el estudio y hacer el diagnóstico de diverticulitis aguda. En cambio, hay ocasiones en las que ya en la ecografía vemos signos que apuntan a que existe una complicación del proceso inflamatorio: colecciones bien delimitadas, redondeadas u ovaladas, hipoecoicas y con ecos internos orientan a diverticulitis aguda complicada con formación de abscesos. En estos casos, la TC es la exploración de elección para delimitar el tamaño de los mismos y su localización.

Las posibles complicaciones que podemos observar en el estudio de TC abdominopélvica son colecciones (abscesos pericólicos o abdominopélvicos), trayectos fistulosos (frecuente la fístula colovesical, en la que la pared adyacente al segmento con diverticulitis está engrosada y existe aire intravesical sin causa que lo justifique), perforación (gas libre intra o retroperitoneal) y, en casos bastante más avanzados, afectación a distancia con gas o trombosis del sistema mesentérico-portal, abscesos hepáticos y peritonitis difusa.

Por ejemplo, en las siguientes imágenes vemos un caso de un paciente con sospecha de diverticulitis en cuya ecografía se evidenciaba una masa heterogénea de unos 54 x 66 mm, que tras la realización de TC, se pudo diagnosticar como flemón inflamatorio (es decir, fue un caso de diverticulitis complicada cuyos hallazgos se intuían por la ecografía, pero que fue necesario completar el estudio con TC abdominopélvica para establecer un correcto diagnóstico) (Imagen 9, Imagen 10).



Imagen 9. Masa de ecogenicidad heterogénea y tamaño de 54 x 66 mm en contacto con colon descendente, en un paciente con sospecha de diverticulitis aguda.



Imagen 10. Tras evidenciar la imagen ecográfica anterior, se decidió completar con TC abdominopélvica sin contraste iv, por lo que se diagnosticó al paciente de Diverticulitis aguda complicada con flemón inflamatorio localizado en contacto con colon descendente.

Aún así, estos hallazgos se exceden del objetivo de este póster, puesto que la ecografía no es rentable para su correcto diagnóstico.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de diverticulitis aguda es uno de los más frecuentes en las guardias de Radiodiagnóstico. Normalmente, la prueba de elección es la TC abdominopélvica, pero es cierto que últimamente se abusa bastante de este tipo de estudios con la dosis de radiación que conllevan para el paciente, es por ello, que en determinados casos podemos ahorrar esto diagnosticando esta patología con los hallazgos visualizados mediante ecografía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Del Cura JL, Pedraza S, Gayete A. Infección Intestinal. Enfermedades difusas del tubo digestivo. Radiología esencial. Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2015. p. 488-489.
2. Webb WR, Brant WE, Major NM. Tubo Digestivo, Diverticulitis aguda. TAC Body. Editorial Marbán, Madrid, 2007. p.345-346.
3. Imágenes de ecografía y TC procedentes del archivo del Complejo Hospitalario Universitario de Granada.