

**DOI:** 10.26820/reciamuc/5.(1).ene.2021.241-247

**URL:** <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/613>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIAMUC

**ISSN:** 2588-0748

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Reporte de caso

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 241-247



## Perforación diverticular: a propósito de un caso

Diverticular perforation: about a case

Perfuração diversificada: sobre um caso

**Néstor Ricardo Espinosa Sánchez<sup>1</sup>; Magaly Verónica Abrigo Robles<sup>2</sup>; César Augusto Cruz Cedeño<sup>3</sup>; Oscar Eduardo Quijije Mejía<sup>4</sup>**

**RECIBIDO:** 10/11/2020 **ACEPTADO:** 29/11/2020 **PUBLICADO:** 31/01/2021

1. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; drnespinosa@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-5207-4189>
2. Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; magya\_275@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-5704-1768>
3. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; cesarcc1993@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-3028-4860>
4. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; oscarquijijemejia@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-1787-2791>

### CORRESPONDENCIA

Néstor Ricardo Espinosa Sánchez  
kimcita1103@gmail.com

**Guayaquil, Ecuador**

## RESUMEN

La diverticulosis yeyunoileal es un trastorno adquirido poco común que se presenta por lo general en la edad adulta. La mayoría de los pacientes cursa en forma asintomática. En los pacientes que presentan síntomas, las complicaciones pueden manifestarse como síndromes clínicos agudos o crónicos. Las complicaciones agudas consisten en hemorragia, oclusión intestinal, inflamación del divertículo y perforación con o sin formación de absceso. Se presenta caso clínico de Paciente femenino de 35 años de edad que acude con código derivación de Hospital IESS Milagro con cuadro clínico de más o menos 3 días de evolución posterior a cuadro postquirúrgico resolutivo de abdomen agudo perforativo, familiar refiere que fue ingresada en otra casa de salud para resolución del cuadro de abdomen agudo 24 horas postquirúrgico, evolución de paciente se complica agregándose taquipnea marcada, diaforesis con saturación de 70% por lo que fue llevada a facultativo de origen. Se realizó hemicolectomía izquierda, que tuvo que realizarse ostomía nueva por presentar bordes necróticos con evaginación del borde inferior de la ostomía intercurrió con elevación de marcadores infecciosos por lo cual se rotan dispositivos y se indica antibioticoterapia con meropenem, vancomicina. Se realiza weaning ventilatorio a los 3 días posterior de mejorar parámetros en marcadores infecciosos, sin embargo paciente con mal acoplo a la ventilación mecánica, se indica reiniciar relajante muscular con mayor necesidad de vasopresores con colapso de pulmón izquierdo por lo cual se indica interconsulta de neumología para realizar vals pulmonar, se indica además seguimiento de infectología quien indica terapia con ampicilina más sulbactam + meropenem por germen multiresistente acinetobacter Baumann, se indica además rotar dispositivo de catéter de hemodialisis con pancultivos, se mantiene en seguimiento de nefrología quien indica diálisis por presentar azoados elevados y se comunica a familiares estado clínico crítico de paciente. La cual fallece el 17/02/2021.

**Palabras clave:** Perforación, Agudo, Diverticular, Oxígeno, TAC.

## ABSTRACT

Jejunoleal diverticulosis is a rare acquired disorder that usually presents in adulthood. Most patients are asymptomatic. In symptomatic patients, complications may manifest as acute or chronic clinical syndromes. Acute complications include hemorrhage, intestinal obstruction, inflammation of the diverticulum, and perforation with or without abscess formation. A clinical case of a 35-year-old female patient who comes with a referral code from the IESS Milagro Hospital is presented with a clinical picture of more or less 3 days of evolution after a postoperative post-operative picture of acute perforative abdomen, a relative who was admitted to another home of health for resolution of the acute abdomen picture 24 hours after surgery, the patient's evolution is complicated adding marked tachypnea, diaphoresis with saturation of 70% for which she was taken to the doctor of origin. A left hemicolectomy was performed, which had to be performed a new ostomy due to necrotic edges with evagination of the lower edge of the intercurrent ostomy with elevation of infectious markers, for which devices are rotated and antibiotic therapy with meropenem, vancomycin is indicated. Ventilatory weaning is performed 3 days after improving parameters in infectious markers, however, a patient with poor coupling to mechanical ventilation is indicated to restart muscle relaxant with greater need for vasopressors with collapse of the left lung, for which pulmonology consultation is indicated To perform pulmonary waltz, infectology follow-up is also indicated, who indicates therapy with ampicillin plus sulbactam + meropenem due to multi-resistant germ acinetobacter Baumann, it is also indicated to rotate the hemodialysis catheter device with pan cultures, the nephrology follow-up who indicates dialysis due to presenting nitrogen elevated levels and the critical clinical status of the patient is communicated to relatives. Which passed away on 02/17/2021.

**KeyWords:** Perforation, Acute, Diverticular, Oxygen, CT.

## RESUMO

A diverticulose jejunoileal é uma doença adquirida rara que normalmente se apresenta na idade adulta. A maioria dos doentes são assintomáticos. Em doentes sintomáticos, as complicações podem manifestar-se como síndromes clínicas agudas ou crônicas. As complicações agudas incluem hemorragia, obstrução intestinal, inflamação do divertículo, e perfuração com ou sem formação de abscesso. Um caso clínico de uma paciente feminina de 35 anos de idade que vem com um código de referência do Hospital IESS Milagro é apresentado com um quadro clínico de mais ou menos 3 dias de evolução após um quadro pós-operatório de abdómen perforado agudo, um familiar que foi admitido noutra casa de saúde para resolução do quadro de abdómen agudo 24 horas após a cirurgia, a evolução da paciente é complicada acrescentando taquipneia marcada, diaforese com saturação de 70% para a qual foi levada ao médico de origem. Foi realizada uma hemicolectomia esquerda, que teve de ser realizada uma nova ostomia devido a margens necróticas com evaginação da margem inferior da ostomia intercorrente com elevação de marcadores infecciosos, para a qual são rodados dispositivos e indicada a terapêutica antibiótica com meropenem, a vancomicina. O desmame ventilatório é realizado 3 dias após a melhoria dos parâmetros dos marcadores infecciosos, no entanto, é indicado um paciente com fraca ligação à ventilação mecânica para reiniciar o relaxante muscular com maior necessidade de vasopressores com colapso do pulmão esquerdo, para o qual é indicada a consulta de pneumologia Para realizar a valsa pulmonar, é também indicado o acompanhamento infectológico, que indica terapia com ampicilina + sulbactam + meropenem devido ao acinetobacter Baumann de germes multi-resistentes, também é indicado rodar o dispositivo de cateter de hemodiálise com culturas de pan, o acompanhamento nefrologia que indica diálise devido a apresentar níveis elevados de azoto e o estado clínico crítico do doente é comunicado aos familiares. Que faleceu em 17/02/2021.

**Palavras-chave:** Perfuração, Aguda, Diverticular, Oxigênio, TAC.

## Introducción

### Introducción

La diverticulosis yeyunoileal es un trastorno adquirido poco común que se presenta por lo general en la edad adulta. La mayoría de los pacientes cursa en forma asintomática. En los pacientes que presentan síntomas, las complicaciones pueden manifestarse como síndromes clínicos agudos o crónicos. Las complicaciones agudas consisten en hemorragia, oclusión intestinal, inflamación del divertículo y perforación con o sin formación de absceso (Sánchez-Pérez, Muñoz-Juárez, Moreno-Paquentín, Luque-de León, & Torreblanca-Marín, 2009, pág. 553).

Dentro de los divertículos de intestino delgado lo más frecuentes son los duodenales, seguidos por los de Meckel, que es la anomalía congénita más frecuente del tubo digestivo, presente en un 2% de la población. Se estima que la prevalencia de los divertículos yeyunales es del 0.1-2.3% en series de necropsias y alrededor del 1% en estudios radiológicos. Suponen el 1% de la enfermedad diverticular (Calcerrada, y otros, 2018, pág. 35).

Los divertículos yeyunales la mayoría de las veces son asintomáticos, se diagnostican incidentalmente. La forma de presentación clínica más común es a través de una complicación; sangrado, obstrucción o perforación, esta última la de mayor mortalidad. Por lo que es de destacar que en muchas ocasiones se diagnostican durante la cirugía, dadas la falta de sospecha clínica y, en ocasiones, la falta de métodos diagnósticos certeros. La diverticulitis yeyunal o ileal, con o sin perforación, ocurre en 2,3% a 6,4% de los pacientes con esta enfermedad. La incidencia de complicaciones se incrementa con un mayor número de divertículos y se presenta con diferentes grados de gravedad, desde la inflamación, ulceración o gangrena, hasta la perforación con peritonitis, sin que exista una clínica patognomónica de ésta (Ferrer, Araujo, Paz, González, & Borjas, 2013).

La diverticulitis aguda (DA) consiste en la perforación macroscópica o microscópica de un divertículo. Se atribuye a la erosión de la pared diverticular por el aumento de la presión endoluminal y el decúbito de restos fecales sólidos. La inflamación de la mucosa y posterior necrosis focal llevan a la perforación. La expresión clínica depende de la gravedad de la perforación y de la respuesta del organismo. La mayoría se limitan a una inflamación de la pared, quedando la perforación cubierta por la grasa epiploica (diverticulitis simple o no complicada). Un 15- 25% presentarán complicaciones incluyendo abscesos adyacentes o a distancia, fístulas en órganos vecinos, estenosis y obstrucción por la inflamación de la pared cólica o por la compresión de un absceso y peritonitis estercorácea por perforación libre. La pyleflebitis (tromboflebitis supurativa de la vena porta) es una complicación infrecuente, pero grave (Ducóns, s.f).

La diverticulitis aguda varía dentro de un amplio espectro de síntomas, que va desde un cuadro de dolor abdominal intermitente, hasta el dolor abdominal grave, constante y crónico, ubicado generalmente en el cuadrante inferior izquierdo. El estreñimiento se reporta en el 50% de los pacientes y la diarrea entre el 25% y 35% (Zamora, Vega, & Sandino, 2009).

El manejo del dolor abdominal es una gran responsabilidad para un médico por su enorme variedad etiológica y por la urgencia vital que constituye en muchas ocasiones. Además, los síntomas y signos más anodinos pueden ser el reflejo de una situación muy grave, mientras que los cuadros más abigarrados pueden autolimitarse y convertirse en enfermedades banales. Así, todos los trastornos abdominales agudos requieren de un rápido y exacto diagnóstico, ya que el tratamiento varía según la causa y la mayoría de los cuadros abdominales agudos requieren resolución inmediata (Sánchez & Sabugo, 2003).

Entre las principales características clínicas se encuentra dolor tipo cólico súbito e intenso, de evolución rápida (< de 24 0 48 horas), puede estar acompañado de uno o varios signos de inflamación peritoneal; como son: el aumento de la susceptibilidad abdominal y la rigidez de los músculos de la pared abdominal (Ruilova Ullauri & Murillo Zambrano, 2019).

**1. Dolor de origen abdominal**

- Inflamación de vísceras abdominales: gastritis aguda, enfermedad péptica, enteritis aguda, colecistitis aguda, hepatitis aguda, apendicitis aguda, diverticulitis, linfadenitis mesentérica, anexitis.
- Inflamación del peritoneo parietal (peritonitis): química (ácido gástrico, jugo pancreático, bilis, orina, sangre), infecciosa (perforación intestinal, peritonitis bacteriana espontánea).
- Obstrucción de víscera hueca intraperitoneal: obstrucción intestinal, cólico biliar.
- Trastornos motores intestinales: colon irritable, neuropatías (diabetes)
- Distensión de cápsulas viscerales intraperitoneales (hígado, bazo): infecciones, infartos, hemorragia, rotura.
- Procesos retroperitoneales: pancreatitis, patología nefrourológica (cólicos renoureterales, pielonefritis, tumores), patología aórtica, hemorragia, fibrosis.
- Trastornos vasculares: isquemia mesentérica, rotura vascular.
- Lesiones de la pared abdominal: infecciones (zóster), hematomas, traumatismos, contracturas.
- Patología de la pelvis: vejiga (litiasis, infecciones, tumores, rotura), anejos (infecciones, tumores), enfermedad inflamatoria pélvica.

**2. Dolor referido extraabdominal**

- Origen torácico: neumonía, derrame pleural, neumotórax, infarto pulmonar, infarto de miocardio, pericarditis, esofagitis, rotura esofágica.
- Origen raquídeo: espondilitis, hernia discal, osteomielitis, tabes dorsal, causalgia.
- Origen genital: orquitis, epididimitis, prostatitis.

**3. Origen tóxico-metabólico:**

- Enfermedades endocrinológicas: cetoacidosis diabética, insuficiencia suprarrenal (crisis adrenal), hiper e hipocalcemia.
- Metabolopatías: crisis porfírica (porfiria aguda intermitente), cólico saturnino (intoxicación por plomo), edema angioneurótico familiar, crisis drepanocítica, fiebre mediterránea familiar.
- Fármacos: anticolinérgicos, bloqueantes ganglionares, síndromes de privación.
- Intoxicaciones: setas, picadura de araña (*viuda negra*).

**Cuadro 1.** Causas del dolor abdominal

**Fuente:** (Sánchez & Sabugo, 2003)

Se han encontrado factores que predisponen a su presentación, como la dieta baja en fibra y rica en carbohidratos refinados, lo cual favorece la presencia de heces duras con menor retención de agua y disminución del tránsito intestinal. Existen otros factores de riesgo asociados en la patogénesis, los cuales influyen en el tránsito intestinal, como el sedentarismo y el estreñimiento; se han encontrado otros factores ligados a la patogénesis de la diverticulitis aguda, como son el tabaquismo, la obesidad y el uso crónico de antiinflamatorios no esteroideos (Jiménez & Garzón, 2010).

En los casos de abdomen agudo, el diagnóstico preoperatorio de diverticulitis yeyunal es difícil, dada la baja prevalencia y la sintomatología inespecífica, indistinguible de otras patologías quirúrgicas urgentes. La TC abdominal es la prueba radiológica con mayor rendimiento para su detección. Las complicaciones de los divertículos yeyunales representan un desafío diagnóstico y terapéutico para el cirujano. Un diagnóstico precoz seguido de una intervención quirúrgica adecuada es fundamental para mejorar los resultados de esta infrecuente entidad clínica (Luján, y otros, 2017).



## Metodología

Paciente femenino de 35 años de edad que acude con código derivación de Hospital IESS Milagro con cuadro clínico de más o menos 3 días de evolución posterior a cuadro postquirúrgico resolutivo de abdomen agudo perforativo, familiar refiere que fue ingresada en otra casa de salud para resolución del cuadro de abdomen agudo 24 horas postquirúrgico, evolución de paciente se complica agregándose taquipnea marcada, diaforesis con saturación de 70% por lo que fue llevada a facultativo de origen, donde la estabilizan con oxígeno por mascarilla con reservorio, por limitado espacio físico es transferido para valoración y tratamiento integral generalizado (Calcerrada, y otros, 2018).

Antecedentes patológicos personales:

- Obesidad
- HTA ( losartan 100 mg /amlodipino 5 mg)
- ¿Covid 19 hace 2 meses?
- Cardiopatía hipertensiva
- Insuficiencia renal aguda

Antecedentes patológicos familiares:

- Papa: HTA

Antecedentes quirúrgicos:

- Abdomen agudo perforativo
- colostomía por resección intestinal

## Resultados

### Medicación Recibida

- Ranitidina 50 mg
- Metronizadol 500 mg cada 8 horas
- Piperacilina + Tazobactam 2.25 mg cada 8 horas
- Furosemida 20 mg cada 8 horas
- Metoclopramida 10 mg cada 8 horas.

Observaciones: Afebril orientada en tiempo y espacio, colaborador con el interrogatorio, disneica, hemodinamicamente con tendencia a la hipertensión con t/a: 192/130 mg/hg, con regular mecánica ventilatoria, saturando 90 con mascarilla con reservorio a 12 litros crepitantes bilaterales.

### ANTICUERPO ANTISARS COV 2 0.10

Paciente en condiciones críticas, quien al momento se encuentra con hemodinamia con tendencia a la hipertensión, marcadores infecciosos elevados con cuadro de insuficiencia respiratoria hipoxémica con apoyo de oxígeno por mascarilla con reservorio: tac de tórax: lesiones sugestivas de Covid, ingreso a UCI 3 cubículo 6.

### Diagnóstico de ingreso a uci 3: Neumonía por Covid-19

- Sepsis de foco respiratorio
- Postquirúrgico de abdomen obstructivo.

Intercurrencias:

- Crisis hipertensiva
- Relaparotomía por colostomía disfuncional
- Insuficiencia renal aguda en terapia diálitica
- Choque séptico de foco respiratorio por germen aislado acinetobacter Baumann.

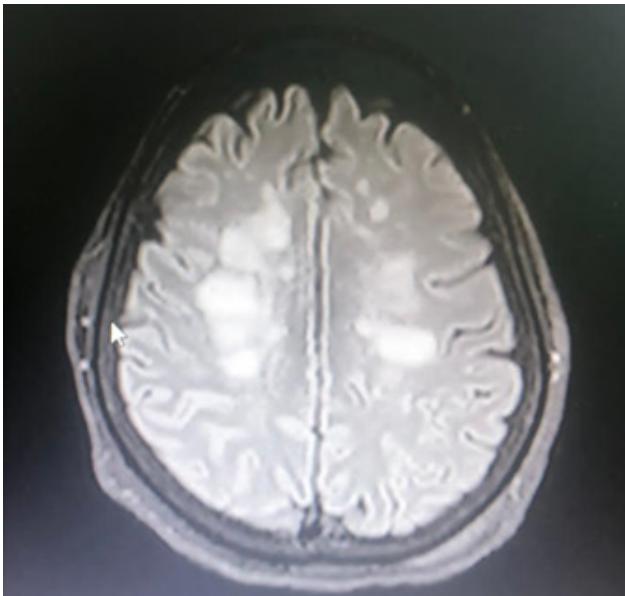
Score:

- Sofá: 2
- Apache : 14 índice de morbilidad del 16% invasivos
- CVC subclavio derecho : 25/01/2021 hasta 01/02/2021
- CVC subclavio izquierdo 01/02/2021
- Sonda vesical 25/01/2021
- Línea arterial 25/01/2021 hasta 01/02/2021

- Sonda nasogástrica : 25/01/2021
- Eve-1000: 26/01/2021 hasta 01/02/2021
- Línea arterial radial derecha 01/028/2021 recambio a cubital derecha 06/02/2021 cambio radial izquierda 07/02/2021
- CVC de hemodialisis femoral izquierdo 09/02/2021.

Antimicrobianos:

- Meropenen 25/01/2021 hasta 07/02/2021
- Vancomicina 25/01/2021 hasta 04/02/2021
- Linezolid 2/02/2021 hasta 07/02/2021
- Colisitin 02/02/2021
- Tigeciclina 07/02/2021
- Ampicilina más sulbactam 09/02/2021
- Meropenem 09/02/2021



**Imagen 1.** TAC de Cráneo

**Fuente:** Los Autores.

- EXAMEN FÍSICO
- NEUROLÓGICO

Paciente bajo efectos de analgesia con sedación y relajación con rass menos 4 con pupilas isocóricas reactivas a la luz Glasgow no valorable.

Cardiovascular:

Hemodinamicamente inestable con soporte vasopresor con norepinefrina con rscs ritmicos no soplos no tercer ruido no ruidos agregados con ta 132/66 mmhg con fc 116 lpm con buena perfusión periférica buen llenado capilar con valores de hb 7.3.

Respiratorio:

Paciente orointubado en ventilación mecánica invasiva en modo presión con pi 17 fr 15 peep 8 fio 50% con csps ventilados murmullo vesicular conservado no ruidos agregados sat o2: 96%.

Digestivo:

Abdomen blando depresible no doloroso con rshs presentes, no presenta catarsis en 24 horas, no visceromegalias rshs presentes, colostomía izquierda bordes adecuada coloración, funcional.

Renal /Metabólico

Con diuresis anurica las ultimas 24 h se decide retirar sonda vesical azoados elevados urea: 130 creat: 3.07 con medio interno na 138 k 4.

Infecioso:

Febril con marcadores infecciosos elevados procal: 7.9 pcr 340 il: 106.5 leu 20.6

Ostemuscular:

Extremidades simétricas, no edema no signos de ulcera por presión.

Conclusiones

Paciente reportado grave bajo cuidado hospitalario en condiciones críticas, que

ingresa por presentar abdomen agudo por perforación de divertículo con laparotomía exploratoria la cual se realiza hemicolectomía izquierda, que tuvo que realizarse ostomía nueva por presentar bordes necróticos con evaginación del borde inferior de la ostomía intercurrió con elevación de marcadores infecciosos por lo cual se rotan dispositivos y se indica antibioticoterapia con meropenem, vancomicina. El diagnóstico inicial de la paciente al momento del ingreso fue neumonía por Covid, por lo cual tuvo que ser enviada a UCI, hay que destacar que luego le fue realizada la prueba PCR, la cual dio negativa para coronavirus.

Se realiza weaning ventilatorio a los 3 días posterior de mejorar parámetros en marcadores infecciosos, sin embargo paciente con mal acoplo a la ventilación mecánica, se indica reiniciar relajante muscular con mayor necesidad de vasopresores con colapso de pulmón izquierdo por lo cual se indica interconsulta de neumología para realizar vals pulmonar, se indica además seguimiento de infectología quien indica terapia con ampicilina más sulbactam + meropenem por germen multiresistente acinetobacter Baumann, se indica además rotar dispositivo de catéter de hemodialisis con pancultivos, se mantiene en seguimiento de nefrología quien indica diálisis por presentar azoados elevados y se comunica a familiares estado cínico crítico de paciente, la cual fallece el día 17/02/2021.

## **Bibliografía**

- Calcerrada, E., Mirón, B., Triguero, J., Lendinez, I., Sarabia, N., & Alcalá, T. (2018). Perforación de divertículo yeyunal como causa de abdomen agudo. *Revista Médica de Panamá-ISSN 2412-642X*, 36(3).
- Ducóns, J. A. (s.f). DIVERTICULITIS AGUDA.
- Ferrer, A., Araujo, J., Paz, D., González, Y., & Borjas, M. (2013). Diverticulosis yeyunal complicada causa poco frecuente de abdomen agudo. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Vitae*(55).
- Jiménez, C. A., & Garzón, A. (2010). Tratamiento actual de la diverticulitis aguda. *Universitas Médica*, 51(1), 49-58.
- Luján, D., Ruiz, M., Peña, E., Pastor, P., Candel, M., & Albarracín, A. (2017). Diverticulitis yeyunal perforada: una causa infrecuente de abdomen agudo grave. *Rev. esp. investig. quir*, 119-120.
- Ruilova Ullauri, A. E., & Murillo Zambrano, D. (2019). abdomen agudo perforativo y aplicación del proceso de atención de enfermería.
- Sánchez, J. I., & Sabugo, J. (2003). Dolor abdominal agudo. *Hospital Universitario 12 de Octubre*, 95.
- Sánchez-Pérez, M. Á., Muñoz-Juárez, M., Moreno-Paquentín, E., Luque-de León, E., & Torreblanca-Marín, M. (2009). Diverticulitis yeyunal como causa de abdomen agudo. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(5), 553-556.
- Zamora, A. J., Vega, E., & Sandino, V. (2009). Abordaje de la diverticulitis aguda. *Revista Médica Sinergia*, 5(4), 1-10.

### **CITAR ESTE ARTICULO:**

Espinosa Sánchez, N. R., Abrigo Robles, M. V., Cruz Cedeño, C. A., & Quijije Mejía, O. E. (2021). Perforación diverticular: a propósito de un caso. *RECIMAUC*, 5(1), 241-247. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(1\).ene.2021.241-247](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(1).ene.2021.241-247)

