

# **Enfermedad diverticular del colon complicada en pacientes menores de 35 años. Presentación de dos casos y revisión de la literatura**

*Ulises Rodríguez-Wong,\* José Refugio Santamaría-Aguirre,\*\* Juan Manuel Cruz-Reyes,\*\*\*  
Javier García-Álvarez\**

## **Resumen**

**Introducción:** La enfermedad diverticular complicada del colon es rara en pacientes jóvenes, estimándose una incidencia menor a 10 % en las grandes series.

**Casos clínicos:** Se describen dos pacientes menores de 35 años de edad con complicaciones de enfermedad diverticular, atendidos en el Hospital Juárez de México; ambos presentaron cuadro de abdomen agudo de pocos días de evolución y requirieron cirugía de urgencia, con buena evolución posoperatoria.

**Conclusiones:** Algunos autores consideran que la diverticulitis en los pacientes jóvenes puede tener un comportamiento con más complicaciones que en los mayores. Incluso se recomienda la resección electiva del segmento afectado después del primer episodio de diverticulitis. No obstante, informes recientes han señalado que el comportamiento de las complicaciones de la enfermedad diverticular puede ser el mismo en los pacientes jóvenes y en los de mayor edad.

**Palabras clave:** Enfermedad diverticular, diverticulitis del colon.

## **Summary**

**Background:** Complicated colonic diverticular disease in young patients is a rare entity, with an incidence <10% from all patients in the largest series.

**Clinical cases:** We present two cases of complicated diverticular disease in patients <35 years old treated at the Juárez Hospital of México City. Both patients had acute abdominal pain with several days of evolution. In both patients, emergency surgery was performed and postoperative evolution was favorable.

**Conclusions:** Some authors have concluded that diverticulitis in younger patients demonstrates a more aggressive course than in older patients and with an increased risk of complications. Therefore, most physicians recommended elective resection after a single attack in such patients. Conversely, some recent reports highlighted that the clinical course and complications are similar in both age groups.

**Key words:** Complicated diverticular disease, colonic diverticulitis.

## **Introducción**

No existen datos precisos de la frecuencia de la enfermedad diverticular del colon en México. En 1976, De la Vega y colaboradores informaron 4.1 % en estudios radiológicos y

1.9 % en autopsias en el Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubirán”, en tanto que en el Hospital Español de México la frecuencia se elevó hasta 9.2 % en estudios radiológicos. Por otra parte, los mismos autores señalan que en el Hospital Juárez de México no se encontró un solo caso de enfermedad diverticular del colon en una revisión de 2286 autopsias.<sup>1,2</sup>

La prevalencia de la enfermedad diverticular del colon se incrementa con la edad, de tal manera es poco común en pacientes jóvenes; se estima que se presenta en menos de 10 % de las personas menores de 40 años y en 55 a 66 % de las mayores de 80 años.<sup>3</sup> Sin embargo, en los últimos años, la enfermedad diverticular del colon ha ido incrementando su frecuencia en pacientes menores de 50 años.<sup>4,5</sup> Se admite que 70 % de los pacientes con enfermedad diverticular son asintomáticos y solamente el resto desarrolla complicaciones.<sup>6,7</sup>

La etiopatogenia e historia natural de esta enfermedad aún no son bien comprendidas. Los avances en el diagnósti-

\* Servicio de Cirugía General.

\*\* Médico residente de Cirugía General.

\*\*\* Médico residente de Endoscopia.

Hospital Juárez de México, D. F.

### *Solicitud de sobretiros:*

Ulises Rodríguez-Wong. Tepic 113-611, Col. Roma Sur, Del. Cuauhtémoc, 06760 México, D. F.

Tel.: (55) 5264 8266.

E-mail: ulisesromed@prodigy.net.mx

Recibido para publicación: 27-05-2009

Aceptado para publicación: 29-10-2009

co por imagen y en el tratamiento han mejorado el pronóstico de los pacientes con enfermedad diverticular complicada. En los pacientes jóvenes, la diverticulitis se ha descrito más agresiva, con mayor riesgo de recurrencia y perforación en comparación con la población de más edad;<sup>5,8,9</sup> no obstante, algunos autores señalan que las complicaciones en los pacientes jóvenes deben ser tratadas con los mismos criterios que en los pacientes mayores.<sup>10</sup>

Se describen dos pacientes menores de 35 años de edad con enfermedad diverticular complicada, que requirieron cirugía de urgencia, atendidos en el Hospital Juárez de México.

## Caso 1

Hombre de 29 años con antecedentes de tabaquismo y alcoholismo positivos desde los 15 años de edad, consumo de cocaína desde los 16 años, fractura de tibia derecha un año antes. Inició su padecimiento dos días previos a su ingreso al presentar dolor abdominal de tipo cólico localizado en cuadrante inferior izquierdo, que fue aumentando en intensidad y frecuencia, y que se exacerbaba con los cambios de posición y disminuía con el reposo, acompañado de fiebre no cuantificada, astenia y adinamia; no existían antecedentes de constipación o diarrea.

A la exploración física se encontró paciente de edad aparente igual a la cronológica, consciente, bien orientado, inquieto, con frecuencia cardíaca de 80 por minuto, frecuencia respiratoria de 20 por minuto y tensión arterial de 120/80 mm Hg, peso de 75 kg y talla de 1.67 m. En tórax se encontró hipoventilación basal derecha, el área cardiaca sin alteraciones; abdomen distendido con resistencia muscular involuntaria, sin hiperestesia ni hiperbaralgesia, doloroso a la palpación media y profunda en cuadrantes inferiores, signo de descompresión positivo, de predominio en cuadrante inferior izquierdo, timpanismo a la percusión en marco colónico, signo de Jaubert presente, con ausencia de ruidos peristálticos.

En citología hemática, hemoglobina normal, eritrocitos normales, leucocitosis de 12 110 por  $\text{mm}^3$ , con neutrofilia de 81 %; química sanguínea y pruebas de coagulación sin alteraciones. Dentro de los estudios de gabinete, en la telerradiografía de tórax se observó elevación del hemidiafragma derecho, en las placas simples de abdomen en posición de pie y en decúbito, niveles hidroáreos, asa centinela y edema interasa.

El paciente fue intervenido quirúrgicamente de urgencia con diagnóstico de abdomen agudo secundario a perforación de víscera hueca; durante la cirugía se encontró plastrón en el sigma con una perforación de 3 mm, por lo que se realizó sigmoidectomía con colostomía proximal y cierre del muñón distal en bolsa de Hartmann. Se estableció

el diagnóstico posoperatorio de perforación de víscera hueca con aire libre y divertículo perforado con formación de absceso y peritonitis secundaria, etapa III de Hinckley.

El estudio anatopatológico de la pieza resecada confirmó el diagnóstico de enfermedad diverticular complicada, diverticulitis aguda con datos de perforación, peritonitis fibrinopurulenta segmentaria y parcialmente organizada con retracción fibrosa de la pared, negativa para neoplasia.

El paciente evolucionó satisfactoriamente, siendo egresado al tercer día posoperatorio con colostomía funcionando adecuadamente.

## Caso 2

Hombre de 33 años de edad, empleado, con antecedentes de tabaquismo y alcoholismo ocasional de 20 años de evolución y síndrome de Steven-Jonhson en la infancia; sin otros antecedentes.

Inició su padecimiento 20 días previos al ingreso hospitalario, con estreñimiento, el cual fue tratado con laxantes y dieta alta en residuos; sin embargo, el estreñimiento se exacerbó cuatro días antes de ser atendido en urgencias, ocho horas previas a su ingreso presentó dolor tipo cólico, de inicio súbito en la fosa iliaca derecha, que se extendió a ambos cuadrantes inferiores, con una intensidad de 8-10, posteriormente el dolor se irradió al mesogastrio. El paciente presentó, además, náuseas y vómito, que disminuían el dolor; distensión abdominal progresiva e incapacidad para canalizar gases y evacuar.

A la exploración física se encontró paciente masculino de edad aparente mayor a la cronológica, con facies de dolor, consciente, bien orientado, frecuencia cardíaca de 80 por minuto, frecuencia respiratoria de 22 por minuto, tensión arterial de 120/80 mm Hg, peso de 85 kg, talla de 1.72 m. En tórax no se identificaron alteraciones. El abdomen globoso, con distensión abdominal, sin hiperestesia ni hiperbaralgesia, dolor intenso a la palpación superficial y profunda, signo de von Blumberg presente, dolor generalizado. En la fosa iliaca izquierda se palpó un plastrón, de bordes mal definidos, adherido a planos profundos, y doloroso a la palpación; timpanismo generalizado, signo de Jaubert presente; ruidos peristálticos abolidos.

En la citología hemática: hemoglobina, hematocrito y eritrocitos normales, leucocitosis 22 700 por  $\text{mm}^3$ , neutrófilos 91.6 %, linfocitos 4.6 %, plaquetas 305 mil por  $\text{mm}^3$ ; en la química sanguínea, glucosa 145 mg/dl; pruebas hemorrágicas normales. En la telerradiografía de tórax se observó aire libre subdiafragmático; en las placas simples de abdomen de pie y en decúbito, presencia de niveles hidroáreos, asa centinela y edema interasa.

Fue intervenido quirúrgicamente con diagnóstico de abdomen agudo secundario a perforación intestinal. Durante

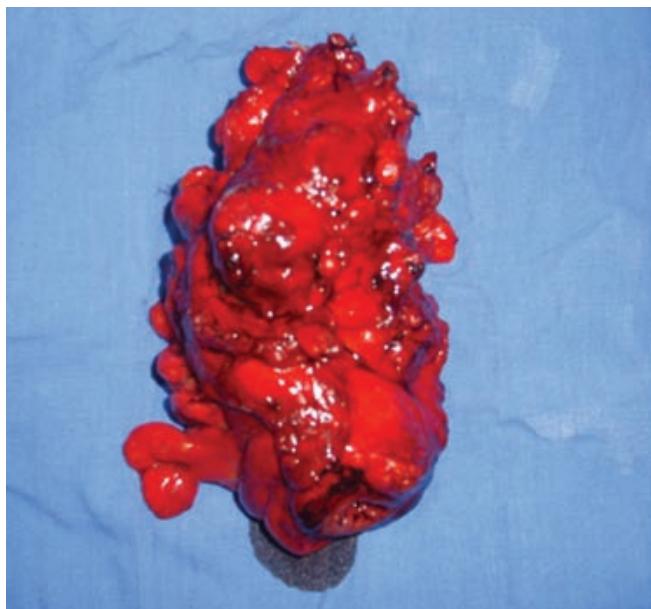
la laparotomía se encontró aire libre y líquido de reacción peritoneal en la cavidad abdominal, despulimiento de colon ascendente y de asas de intestino delgado; tumor dependiente de colon sigmoídes de 10 cm de diámetro adherido a peritoneo posterior, en el cual se apreció, además, perforación sellada por epiplón, correspondiendo a etapa III de Hinckley; se le realizó colostomía derivativa, sin resección del sigmoídes. El paciente evolucionó satisfactoriamente, dándose de alta con la colostomía funcionando.

En la consulta externa se le solicitó colon por enema, el cual mostró zona de estenosis en el sigmoídes y enfermedad diverticular en todo el colon. Se realizó colonoscopia con biopsias de la zona de estenosis del sigmoídes; el estudio histopatológico indicó colitis crónica inespecífica moderada, con área focal de fibrosis y hemorragia antigua.

Tres meses después de la primera intervención se realizó sigmoidectomía (figura 1) y reconexión del tránsito intestinal; durante la intervención se encontró divertículo de Meckel a 50 cm de la válvula ileocecal, de 4 cm de longitud, el cual fue resecado. El estudio anatomo-patológico indicó sigmoídes con fibrosis extensa, divertículo de Meckel y enfermedad diverticular del colon.

## Discusión

La mayor parte de los pacientes con enfermedad diverticular del colon son asintomáticos; el término diverticulosis implica la presencia de uno o más divertículos que no provocan síntomas.<sup>11</sup>



**Figura 1.** Segmento resecado de colon con estenosis por enfermedad diverticular complicada.

Cuando se presenta enfermedad diverticular sintomática es característico el dolor abdominal recurrente en el cuadrante inferior izquierdo.<sup>12</sup> Se habla de diverticulitis cuando ocurre inflamación de la pared del colon o hemorragia debido a la obstrucción del cuello del divertículo o a la abrasión de la mucosa.

Algunos autores utilizan el término diverticulitis complicada cuando se presenta perforación libre, formación de abscesos, fistulas u obstrucciones secundarias al proceso inflamatorio.<sup>3</sup> En promedio, 20 % de los pacientes con enfermedad diverticular desarrollarán diverticulitis, con incremento anual de 0.006 % por año.<sup>12</sup>

Dentro del cuadro clínico, ante la sospecha de diverticulitis, los signos de peritonitis sugieren perforación libre o ruptura de un absceso diverticular. En los dos pacientes descritos existieron datos clínicos de abdomen agudo secundario a perforación de víscera hueca, y en ambos se estableció el diagnóstico de abdomen agudo; sin embargo, el diagnóstico de diverticulitis complicada, perforación de víscera hueca con aire libre y divertículo perforado con formación de absceso y peritonitis secundaria, se estableció hasta el momento de la laparotomía exploradora y no se sospechó en forma preoperatoria en virtud de que no existía antecedente de enfermedad diverticular en los pacientes y de que es un padecimiento poco frecuente en jóvenes.

En muchos casos, el diagnóstico de abdomen agudo secundario a perforación de víscera hueca se basa fundamentalmente en el cuadro clínico y la indicación de exámenes de laboratorio y gabinete se orienta a la confirmación de este diagnóstico y a establecer la severidad del mismo. Cuando existe sospecha de que el cuadro abdominal agudo pudiera ser secundario a enfermedad diverticular complicada, además de los exámenes generales deberá realizarse tomografía computarizada de abdomen ya que en estos casos es el método diagnóstico de elección y permite el drenaje guiado de abscesos bien localizados.<sup>13</sup>

La clasificación de Hinckley estratifica los procesos inflamatorios diverticulares de la siguiente forma:

- Etapa I: pequeños abscesos confinados al espacio pericolónico.
- Etapa II: grandes abscesos confinados al espacio pericolónico.
- Etapa III: peritonitis supurada generalizada, diverticulitis perforada.
- Etapa IV: peritonitis fecal, ruptura libre.<sup>1</sup>

Se ha estimado que la incidencia de la diverticulitis en pacientes menores de 50 años oscila entre 10 y 22 %.<sup>7</sup> En un estudio realizado en el Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social no se encontró ningún paciente menor de 35 años con enfermedad

diverticular complicada,<sup>13</sup> siendo la media de edad de 60.5 años. Los dos pacientes aquí descritos tuvieron una edad menor a los 35 años.

La diverticulitis es más frecuente en hombres que en mujeres, en una proporción de 1.5 a 1; la localización más común es el colon descendente y sigmoideas y la obesidad es la condición comórbida más frecuente.<sup>14</sup> Nuestros dos pacientes correspondieron al sexo masculino, en ambos la complicación se localizó en el sigmoideas, ambos presentaban sobrepeso moderado, con un índice de masa corporal de 26.8 y 27. Es posible que el incremento de casos de enfermedad diverticular en pacientes jóvenes pudiera estar relacionado con cambios en los hábitos dietéticos y modo de vida más sedentaria en la sociedad actual; sin embargo, no existen estudios al respecto. Otros factores asociados que pudieran estar también relacionados, como el tabaquismo y el hábito alcohólico, tampoco han sido investigados; en nuestros dos pacientes estaban presentes estos antecedentes.

La Asociación Americana de Cirujanos de Colon y Recto establece la necesidad de urgencia ante peritonitis difusa (purulenta o fecal)<sup>15</sup> y en la hemorragia masiva que no se ha podido cohibir por colonoscopia o métodos terapéuticos a través de arteriografía.<sup>16</sup> Cuando existe perforación en el sigmoideas, la sigmoidectomía es el procedimiento recomendado para tratar esta enfermedad; el margen distal debe ser el recto proximal y el borde proximal debe ser el colon sin datos de inflamación o engrosamiento; no es necesario extirpar todos los segmentos de colon que tengan divertículos. En uno de nuestros pacientes se optó por realizar una cirugía en dos tiempos, realizando un estoma derivativo y drenaje de la cavidad debido a dificultades técnicas y a criterio del cirujano en un primer tiempo, y resección del segmento afectado y anastomosis en el segundo tiempo.

Otro tema importante es la sigmoidectomía con anastomosis primaria o la realización de un procedimiento de Hartmann. En cirugía electiva no parece haber duda de utilizar un procedimiento en un solo tiempo para resolver el problema. La discusión se presenta en los casos de urgencia para considerar la factibilidad y el riesgo de realizar una anastomosis primaria; lo ideal sería realizar el procedimiento en un solo tiempo, pero en algunos casos se debe realizar procedimiento de Hartmann e incluso una posibilidad intermedia que incluye resección del segmento afectado y anastomosis con una ileostomía de protección.<sup>17</sup>

Durante el segundo tiempo quirúrgico de uno de los pacientes se encontró de manera incidental un divertículo de Meckel a 50 cm de la válvula ileocecal, resecado para prevenir complicaciones secundarias.<sup>18,19</sup>

Algunos autores señalan que la enfermedad diverticular complicada puede tener un comportamiento más agresivo en los pacientes jóvenes. Konvolinka, en un estudio de 248 pacientes, encontró una incidencia de 11.7 % en pacientes

menores de 40 años; se requirió cirugía en 76 % en este grupo en comparación con 17.3 % en pacientes mayores.<sup>20</sup> Minardi llevó a cabo un estudio de 22 pacientes menores de 40 años con diverticulitis, 18 (82 %) de los cuales requirieron tratamiento quirúrgico.<sup>21</sup>

No obstante, otros autores no han encontrado diferencias significativas en el comportamiento de esta enfermedad. Acosta, en una investigación realizada en la Universidad de Nuevo México, describió 86 pacientes con diverticulitis aguda, 17 de ellos menores de 40 años (20 %), de éstos siete requirieron cirugía urgente (41 %) en tanto que en el grupo de mayores de 40 años, 37 de 69 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente de urgencia (54 %).<sup>22</sup> En un análisis más reciente, Nelson<sup>10</sup> revisó 5499 casos de diverticulitis, 962 (17.5 %) de los cuales eran pacientes menores de 50 años; de este grupo, 76 presentaron diverticulitis complicada, 23 de ellos requirieron cirugía de urgencia y 38 cirugía electiva, 15 fueron tratados médica y mantenidos bajo seguimiento. Ese autor recomienda aplicar los mismos criterios de tratamiento, tanto en los pacientes jóvenes como en los mayores con enfermedad diverticular complicada, no obstante, señala que los pacientes jóvenes pueden representar un grupo con mayor posibilidad de recurrencia y complicaciones. Schweitzer,<sup>23</sup> en Los Ángeles, informó 261 pacientes tratados por diverticulitis, 46 (18 %) eran menores de 40 años, 16 de ellos (35 %) fueron intervenidos quirúrgicamente de urgencia y 72 % de los pacientes tenía obesidad. El autor concluye que no existen datos suficientes para afirmar que la enfermedad diverticular del colon complicada es más virulenta en los pacientes jóvenes. Un factor que puede hacer más agresiva la diverticulitis en el paciente joven es el retraso en el diagnóstico, debido a la baja sospecha y la dificultad para establecerlo.<sup>24</sup>

En el estudio realizado por Chautems se recomienda cirugía electiva después de un episodio de diverticulitis en pacientes jóvenes;<sup>8</sup> en tanto, Guzzo señala que el riesgo de perforación diverticular en pacientes jóvenes después de un primer episodio de diverticulitis es bastante bajo, por lo que la decisión de realizar cirugía electiva después de un primer episodio de diverticulitis debe ser cuestionada.<sup>25</sup>

## Conclusiones

La enfermedad diverticular del colon en los pacientes jóvenes es a menudo considerada una entidad especial. Muchos autores señalan que las complicaciones tienen un curso más grave, por lo que sugieren un tratamiento más agresivo en este grupo de pacientes; incluso recomiendan la resección electiva del segmento del colon afectado después del primer episodio de diverticulitis. Sin embargo, algunos investigadores han cuestionado este tipo de manejo: en sus series no

ha existido diferencia en el número de complicaciones por enfermedad diverticular entre los pacientes jóvenes comparados con los de mayor edad, por lo que sugieren que el manejo en ambos grupos debe ser el mismo.

La sospecha de esta enfermedad en pacientes jóvenes y el diagnóstico oportuno de las complicaciones de la misma puede permitir un mejor tratamiento.

## Referencias

1. De la Vega JM, Naves J, Ponce de León A. Colonic diverticula. In: Haubrich WS, Schaffner F, Berk JE, eds. *Gastroenterology*. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1976. pp. 976-980.
2. Raña-Garibay R, Méndez-Gutiérrez T, Sanjurjo-García JL, Huerta-Iga F, Amaya T. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento en la enfermedad diverticular del colon. Etiología, fisiopatología, epidemiología en México y el mundo. *Rev Gastroenterol Mex* 2008;73:255-257.
3. Mella JG. Enfermedad diverticular del colon complicada. *Gastr Latinam* 2004;15:95-100.
4. Schauer PR, Ramos R, Ghiatas AA, Sirinek KR. Virulent diverticular disease in young obese men. *Am J Surg* 1992;164:443-448.
5. Parks TG. Natural history of diverticular disease of the colon. A review of 521 cases. *BMJ* 1969;4:639-642.
6. Faramakis N, Tudor RG, Keighley MR. The 5-year natural history of complicated diverticular disease. *Br J Surg* 1994;81:733-735.
7. Pautrat K, Bretagnol F, Huten N, de Calan L. Acute diverticulitis in very young patients: a frequent surgical management. *Dis Colon Rectum* 2006;50:472-477.
8. Chautems RC, Ambrosetti P, Ludwig A, Mermilliod B, Morel P, Soraia C. Long-term follow-up after first acute episode of sigmoid diverticulitis: is surgery mandatory? A prospective study of 118 patients. *Dis Colon Rectum* 2004;47:1187-1191.
9. Lahat A, Menachem Y, Avidan B, Yanai H, Sakhnini E, Bardan E, et al. Diverticulitis in the young patients—is it different? *World J Gastroenterol* 2006;12:2932-2935.
10. Nelson RS, Velasco A, Mukesh BN. Management of diverticulitis in younger patients. *Dis Colon Rectum* 2006;49:1341-1345.
11. Heise CP. Epidemiology and pathogenesis of diverticular disease. *J Gastrointest Surg* 2008;12:1309-1311.
12. Hernández-Guerrero A, Abdo-Francis JM, Brito-Lugo P, De la Torre A, Marín R, Stoopen M. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon. Cuadros clínicos y diagnóstico. *Rev Gastroenterol Mex* 2008;73:258-260.
13. Villanueva-Sáenz E, Germiniano EE, Peña JP, Montes J. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad diverticular complicada. *Cir Gen* 2000;22:138-142.
14. Chávez-Tapia NC, Lizardi-Cervera J. Diverticulitis en el joven. *Medica Sur* 2002;9:161-164.
15. Rafferty J, Shellito P, Hyman NH, Buie WD. Practice parameters for sigmoid diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 2006;49:939-944.
16. Wolff BG, Devine RM. Surgical management of diverticula. *Am Surg* 2000;14:1-7.
17. Charúa-Guindic L, Mazza D, Orduña D, Orozco H, Peniche LF, Reed G, et al. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon. *Rev Gastroenterol Mex* 2008;73:261-263.
18. Pérez-García R, Ramírez BC, Uribe J, Chavero VH. Experiencia en el manejo del divertículo de Meckel. *Rev Hosp Juarez Mex* 1999;66:153-157.
19. Prall RT, Bannon MP, Bharucha AE. Meckel's diverticulum causing intestinal obstruction. *Am J Gastroenterol* 2001;96:3426-3427.
20. Konvolinka CW. Acute diverticulitis under age forty. *Am J Surg* 1994;167:562-565.
21. Minardi AJJr, Johnson LW, Sehon JK, Zibari GB, McDonald JC. Diverticulitis in the young patient. *Am Surg* 2001;67:458-461.
22. Acosta JA, Grebenc ML, Doberneck RC, McCarthy JD, Fry DE. Colonic diverticular disease in patients 40 years old or younger. *Am Surg* 1992;58:605-607.
23. Schweitzer J, Casillas RA, Collins JC. Acute diverticulitis in young adults is not “virulent”. *Am Surg* 2002;68:1044-1047.
24. Cunningham MA, Davis JW, Kaups KL. Medical versus surgical management of diverticulitis in patients under age 40. *Am J Surg* 1997;174:733-736.
25. Guzzo J, Hyman N. Diverticulitis in young patients: is resection after a single attack always warranted? *Dis Colon Rectum* 2004;47:1187-1191.