

RETRONEUMOPERITONEO Y CELULITIS RETROPERITONEAL: COMPLICACIONES INUSUALES DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON

PNEUMORETROPERITONEUM AND RETROPERITONEAL CELLULITIS: UNUSUAL COMPLICATIONS OF COLONIC DIVERTICULAR DISEASE

*Dres. Samaniego Castor; Rodríguez Gabriel; Rojas Néstor;
Ojeda Osvaldo; Chaparro Diana**

RESUMEN

Se reporta dos casos de retroneumoperitoneo con neumomediastino, consecuencias de perforaciones diverticulares en el espacio retroperitoneal, en pacientes portadores de diverticulitis aguda y septicemia. En ambos casos no se comprobó contaminación peritoneal alguna, siendo sometidos a Colectomía parcial tipo Hartmann con buena evolución; al momento del reporte ambos han sido sometidos al restablecimiento del tránsito colo-rectal. Se discuten los problemas diagnósticos y los posibles mecanismos del paso del aire – y gérmenes bacterianos – al mediastino.

Palabras clave: retroneumoperitoneo, diverticulitis.

ABSTRACT

We report two cases of retroperitoneum with pneumomediastinum, as a result of diverticular perforations in the retroperitoneal space, in patients with acute diverticulitis and septicemia. In both cases the patients underwent partial colectomy (Hartmann procedure) with good evolution, and no sign of peritoneal contamination was found. Currently both patients have undergone colorectal transit restoration. We discuss problems with the diagnosis and possible mechanism of the air and bacterial germ passage to the mediastinum.

Key words: retroperitoneum, diverticulitis.

INTRODUCCIÓN

La Diverticulitis aguda es una complicación de la Enfermedad diverticular del colon comprobada frecuentemente en la práctica clínica. La perforación de un divertículo inflamado, en el espacio retroperitoneal, con la consecuente contaminación infecciosa resta excepcional. Se reporta aquí 2 casos de celulitis retroperitoneal: ambos con neumoperitoneo y septicemia y uno de ellos con neumomediastino asociado.

RESUMEN DE LOS CASOS CLÍNICOS

Caso 1. Mujer de 41 años de edad, no portadora de patología crónica, con antecedente de Colectomía Video Laparoscópica 2 semanas antes, ingresa por cuadro de dolor en fosa Iliaca izquierda, disuria y fiebre 39°C. Al examen se

constata abdomen globuloso, poco depresible, doloroso en Fosa Iliaca Izquierda con puño-percusión (+).

La TAC (*Figura 1*) revela colección líquida y gaseosa retroperitoneal izquierda, desde el flanco izquierdo hasta el espacio subfrénico, con neumoperitoneo. Además condensación parenquimatosa con broncograma aéreo en lóbulo inferior izquierdo, asociado a derrame pleural. Es intervenida de urgencia; se comprueba una diverticulitis perforada en el retroperitoneo; se practica una Colectomía Izquierda (Hartmann).

La Anatomía patológica (*Figura 2*) revela Diverticulosis colónica con diverticulitis aguda; áreas de abscedación y fistulización. El proceso inflamatorio se extiende ampliamente a la serosa y sub serosa colónica.



FIG. 1.

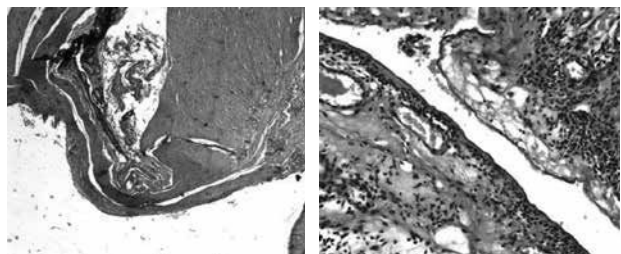


FIG. 2.

* Centro Médico Bautista. Asunción-Paraguay

Artículo recibido: 30/07/2016

Artículo aceptado: 28/09/2016

Caso 2. Hombre de 41 años de edad, conocido Hipertenso, portador de Divertículos, Obeso, con antecedente de cuadro de dolor abdominal tipo cólico, de inicio súbito en bajo vientre, de 48 horas de evolución, acompañado de sensación febril y náuseas. Al examen se constata Abdomen distendido, doloroso a la palpación profunda en Hipogastrio y Fosa Iliaca Izquierda.

La TAC (**Figura 3**) revela Imagen compatible con Peridiverticulitis Aguda, en el extremo distal del Colon descendente y tercio proximal del Sigmoides, asociado a signos de perforación y retroneumoperitoneo que asciende hacia la Región Supradiafragmática conformando un Neumomediastino. Se procede a la Laparotomía de urgencia: Perforación en cara posterior con celulitis retroperitoneal; se realiza la colectomía Izquierda (Hartmann).

En el cultivo del líquido peritoneal y en la sangre se aísla: E.Coli.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Diverticulosis con Diverticulitis aguda supurada y Peridiverticulitis (**Figura 4**).



FIG. 3.

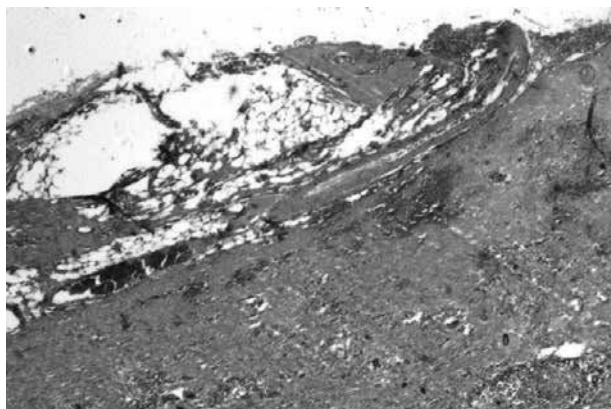


FIG. 4.

DISCUSIÓN

Las complicaciones mejor conocidas de la Enfermedad diverticular del colon incluyen las infecciosas y las hemorrágicas; la diverticulitis aguda es una afección frecuente en personas mayores de 50 años y aún más en las de tercera edad. La posible evolución espontánea – o incluso con tratamiento anti-biótico – están contempladas en la clasificación de Hinchey⁽¹⁾.

La contaminación del retroperitoneo secundaria a una perforación diverticular es mencionada escasamente en la literatura médica^(2,3); el retroneumoperitoneo comprobado ante cuadros sépticos de causa no determinada – como lo fue al inicio en ambos casos reportados – señala en general un cuadro grave, habida cuenta de la perforación segura de alguna parte del tracto gastrointestinal. Finalmente, la comprobación de un neumomediastino asociado – como ocurrió en uno de los casos presentados – plantea interrogantes adicionales ante la posibilidad de una perforación esofágica, extremadamente grave⁽⁴⁾.

La TAC se revela como un medio auxiliar fundamental para orientar la topografía del foco de contaminación, luego de la visualización del aire por medio de una Radiografía simple de abdomen⁽⁵⁾. En los casos aquí reportados la comprobación de un proceso inflamatorio en las inmediaciones del colon sigmoides, poblado de divertículos, facilitó la indicación de la laparotomía con la resección colónica previsible.

La gravedad de estos cuadros está relacionada con las complicaciones sépticas que afectan otros órganos, por afectación directa o por el colapso circulatorio más o menos evidente. En estas condiciones la antibiotioterapia adecuada se revela de fundamental importancia; en ese sentido la toma de material para estudios bacteriológicos durante la intervención quirúrgica es considerada una norma en todos los trabajos^(6,7,8).

El tratamiento aplicado a los pacientes aquí reportados coincide con lo generalmente recomendado: erradicación del foco séptico, lavado y drenaje; la realización de la colostomía de manera sistemática es también la regla en caso de peritonitis con septicemia y condiciones hemodinámicas no satisfactorias^(9,10).

La evolución de estos casos presentados parece no confirmar la gravedad de estos cuadros; es preciso, sin embargo, tener presente que no se trata de una serie con número suficiente de casos; de cualquier modo la literatura médica consultada no aporta más que cortas series.

El mecanismo que pudiera explicar el aire retroperitoneal de la perforación del colon es semejante al mencionado ante la presencia de aire mediastinal en el trauma pulmonar durante la ventilación mecánica. El divertículo del colon pudo perforarse inicialmente a la cavidad peritoneal en uno de los pacientes y al retroperitoneo posteriormente en ambos, lo que llevó a la formación del retroneumoperitoneo. Posteriormente, este aire a presión pudo entrar al tórax a través de defectos pleuroperitoneales del diafragma o a través del espacio periesofágico, lo que culminó en la formación de un neumomediastino.

La perforación retroperitoneal del colon puede permanecer asintomático durante horas o días, su diagnóstico puede verse dificultado, especialmente cuando las imágenes anormales extraperitoneales aparecen espontáneamente y sin neumoperitoneo asociado.

Algunos trabajos mencionan que la evolución de la perforación retroperitoneal del colon suele ser benigna y que entonces puede intentarse un tratamiento conservador siempre que se vigile estrechamente la aparición de abscesos o signos

de peritonitis o sepsis. En este caso se escogió el tratamiento quirúrgico porque se asumió que la perforación visceral en el retroperitoneo y sobre todo la afectación mediastinal pueden tener una evolución fulminante.

REFERENCIAS

1. Rodero Astaburuaga C., Dobón Giménez F, Rodero Roderod. Perforación estercorácea de sigma: una entidad con características propias. Rev. esp. enferm. dig. [revista en la Internet]. 2006 Ene [citado 2016 Abr 04]; 98(1): 55-57. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082006000100011&lng=es
2. Ortega Carnicer J. Neumotórax, neumoperitoneo y retro-neumoperitoneo debidos a perforación espontánea del colon. Med. Intensiva [revista en la Internet]. 2006 Mar [citado 2016 Abr 04]; 30(2): 82-83. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000200009&lng=es
3. Pereira C Nicolás, Vega S Javier, Readí V Alejandro, Abedrapo M Mario, Galleguillos G Alfonso. Diverticulitis aguda complicada: tendencias en el tratamiento actual. RevChilCir [Internet]. 2012 Dic [citado 2016 Abr 03]; 64(6): 581-585. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262012000600015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262012000600015>
4. Butler J, Collins C and Mc Entee G. Perforated jejunal diverticula; Journal of Medical Case Reports [revista en la Internet]. 2010 June [citado 2016 Jul 04]; 4:172. Disponible en: <https://jmedicalcasereports.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-1947-4-172>
5. Aydin I, Pergel A, Yucel AF, Sahin DA. A Rare Cause of Acute Abdomen: Jejunal Diverticulosis with Perforation. J Clin Imaging Sci [revista en la Internet]. 2013 Set. [citado 2016 Jul 04]; 3:31. Disponible en: <http://www.clinicalimaging-science.org/text.asp?2013/3/1/31/115763>
6. Astiz J, Beraudo M y Tighitella G; Enfermedad diverticular del colon. Enciclopedia Médica Americana. Cirugía Digestiva 2007; III-315, pág. 1-18. [Internet]. Disponible en: <http://www.sacd.org.ar/tquinice.pdf>
7. Ramírez Robinson R, Arauz Brito M, Jara Alba M L. Divertículo perforado del Colon: Tratamiento y Complicaciones. Revista Ecuatoriana de Medicina. Vol. 5 N° 2. Año 1999. [revista en la Internet]. Disponible en: <http://rmedicina.ucsg.edu.ec/archivo/5.2/RM.5.2.13.pdf>
8. García Carriazo M, Carmona González E, Mármol Vázquez P, Hernández Ollero E. Revisión de los hallazgos radiológicos de la diverticulitis aguda y sus complicaciones. Sociedad Española de Radiología Médica. [revista en la Internet] 2012. Disponible en: www.seram2012.com
9. Díaz André R, Gondim A, Neiva C, Nahas S. Atualização no tratamento da diverticulite aguda do cólon. Rev bras. colo-proctol. [Internet]. 2009 Sep [cited 2016 July 20]; 29(3): 363-371. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802009000300011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-98802009000300011>.
10. Costi R, Cauchy F, Le Bian A, et al. Challenging a classic myth: pneumoperitoneum associated with acute diverticulitis is not an indication for open or laparoscopic emergency surgery in hemodynamically stable patients. A 10-year experience with a nonoperative treatment. Surgical Endoscopy [Internet] 2012 Volume 26, pp 2061-207. <http://rd.springer.com/article/10.1007%2Fs00464-012-2157-z>
11. Choi P. Pneumomediastinum caused by Colonic Diverticulitis Perforation. *Journal of the Korean Surgical Society* 80 Suppl 1 2011. S17–S20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3205377/>
12. Montori G, Di Giovanni G, Mzoughi Z, et al. Pneumoretroperitoneum and Pneumomediastinum Revealing a Left Colon Perforation. *International Surgery*. [Internet] 2015;100(6):984-988. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4587527/?report=classic>