

CASO CLÍNICO 1

TÍTULO

DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ONFALITIS

COMPLICATED ACUTE DIVERTICULITIS IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF OMPHALITIS

AUTORES:

¹María de los Llanos Carrillo Molina

¹Tania Funes Dueñas

¹Anaïs Acevedo

¹Juan Guillermo Aís Conde

¹Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General de Segovia

AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

María de los Llanos Carrillo Molina

C/ Charcón 10

Palazuelos de Eresma - 40194 (Segovia)

-Correo electrónico: mllanoscarrillo@gmail.com

PALABRAS CLAVE:

Diverticulitis, celulitis, ombligo, fistula cutánea

INTRODUCCIÓN:

La onfalitis es una infección del ombligo y de sus tejidos circundantes cuyo tratamiento es habitualmente conservador con antibiótico. En ausencia de mejoría a pesar del tratamiento o recidiva de la infección, se debe sospechar una patología subyacente (persistencia del uraco o del conducto onfalomesentérico, fistulización de vísceras abdominales, etc). Vamos a presentar un caso clínico de un varón adulto con una onfalitis persistente por fistulización de sigma secundaria a diverticulitis aguda.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de un varón de 59 años que acudió a urgencias por dolor abdominal periumbilical de dos semanas de evolución. El paciente refería tumefacción y dolor periumbilical durante quince días con empeoramiento progresivo. En los últimos tres días había comenzado con secreción marronácea y maloliente a través del ombligo.

En la exploración física presentaba eritema y empastamiento periumbilical de unos 5 cm de diámetro. Se objetivó secreción marronácea en el ombligo y se tomó muestra para cultivo en condiciones estériles.

En ese momento se diagnosticó de onfalitis y se dio de alta con antibiótico oral empírico. No obstante, el paciente regresó a consultar en el servicio de Urgencias a los siete días ante la persistencia de la sintomatología.

Se realizó analítica sanguínea con leucocitosis y desviación izquierda y leve aumento de proteína C reactiva. En la Tomografía axial computarizada (TAC) se evidenció un engrosamiento parietal a nivel del sigma con una colección fistulizada al ombligo, hallazgos compatibles con una diverticulitis aguda complicada.

Ante estos hallazgos, se indicó un tratamiento quirúrgico electivo. En la intervención quirúrgica se identificó en el sigma una diverticulitis aguda microperforada, fistulizada hacia el ombligo. Se realizó una exéresis en bloque del sigma, del trayecto fistuloso y del ombligo y una anastomosis colorrectal terminoterminal mecánica.



Pie de imagen: Pieza quirúrgica de exéresis en bloque de fistula onfalosigmoidea secundaria a diverticulitis.

El paciente presentó una infección de la herida quirúrgica que se trató con lavados a pie de cama y antibiótico intravenoso. Fue dado de alta al 12º día del postoperatorio sin otras incidencias.

El estudio anatomopatológico fue de diverticulosis de sigma con diverticulitis y un absceso crónico que fistulizaba a la piel, sin displasia ni malignidad.

DISCUSIÓN:

La onfalitis es una infección o inflamación del ombligo y de los tejidos circundantes. Es una infección muy frecuente en niños pero son pocos los casos descritos en adultos, que suelen ser secundarios a remanente uracal (1).

La clínica más común es la infección periumbilical con secreción umbilical anómala y el tratamiento es conservador con antibioterapia oral (2).

En ausencia de mejoría o recidiva se debe sospechar una patología subyacente como aquellas derivadas del remanente uracal (persistencia del uraco, del conducto onfalomesentérico, etc.) o fistulización de vísceras abdominales (2).

Ante la persistencia o recidiva de los síntomas de una onfalitis, después de su adecuado tratamiento, se debe descartar una patología subyacente. La TAC es la prueba diagnóstica de elección, al permitir identificar las causas que provocan la infección umbilical, ya sean congénitas o adquiridas (3).

Las fístulas colocutáneas son una complicación infrecuente de la diverticulitis aguda (4% de las fístulas relacionadas con diverticulitis) (4). El tratamiento ha de ser quirúrgico con resecciones en bloque que incluyan la víscera que ha originado la fístula y la zona cutánea afecta (5).

CONCLUSIONES:

Aunque la mayor parte de las onfalitis remiten tras tratamiento antibiótico, cuando los síntomas persisten o recidivan es necesario descartar patologías subyacentes que puedan ser la causa de la infección, tales como patologías relacionadas con el remanente uracal o fístulas de vísceras abdominales.

Aunque es infrecuente, una diverticulitis complicada puede dar la cara de forma subaguda manifestándose como fístula colo-umbilical.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Lorefice L, Fenu G, Cabras F, Frau GC, Coghe J, Loi L, Marrosu MG, Cocco E. An unusual infection in MS patient treated with dimethyl fumarate: A case report of omphalitis. Mult Scler Relat Dis. 2016;7:65-67.
2. Hurreiz H, Hussain I, Hamo I. Urachal fistula presenting as umbilical sepsis: A rare case in an adult male. Med Sci Monit, 2006; 12(5): CS44-47.
3. Zamora E, O'Brien A. Uraco: anomalías del desarrollo, características anatómicas y presentación de dos casos. Rev chil radiol. 2006;12(1);9-11.
4. Vasilevsky CA, Belliveau P, Trudel JL, Stein BL, Gordon PH. Fistulas diverticulitis. Int J Colorect Dis . 1998; 13:57-60.
5. Peters A, Kruijer M, Wiese H, Verbeek A P. A colocolo-urachal-cutaneous fistula in a 88 years-old male . Int Int. J. Surg. Case Rep. 2012; 3:55-58.