

Diverticulitis de íleon terminal, un hallazgo poco frecuente en radiología

Diverticulitis of terminal ileum, a rare finding in radiology

Andrea Trujillo-Gallego^{1,2*}, Sara Pareja-Mejía^{3,4}, Jorge Mejía-Restrepo^{3,4}, Carlos Hinestroza-Perea^{3,4}

¹Facultad de Salud, Universidad de Santiago de Cali; ²Unidad de cuidados especiales, Clínica CES; ³Facultad de Medicina y Enfermería, Universidad Pontificia Bolivariana; ⁴Servicio de Imagenología, Clínica CES. Medellín, Colombia

Estimados editores:

La diverticulosis en el intestino delgado fue descrita por Sommering en 1794¹. Es poco frecuente, y aunque la causa no está determinada, se ha sugerido que puede desarrollarse por anomalías en el músculo liso y el plexo mientérico, como discinesia intestinal, anomalías del peristaltismo o presiones intraluminales elevadas, lo que lleva a la herniación de la mucosa o submucosa en el punto mesentérico más débil de la pared del intestino delgado¹⁻³.

La frecuencia de enfermedad diverticular en el intestino delgado es baja, variando entre el 0,06 y 1,9%. El 80% de los divertículos se ubican en el yeyuno, el 15-20% en el íleon y un 5% en ambas localizaciones². En los casos ileales y yeyunales son más comunes en hombres entre la sexta y séptima década de la vida²⁻⁵. La mayoría de los divertículos del intestino delgado son asintomáticos y su diagnóstico se realiza incidentalmente en laparotomías, laparoscopias, estudios con bario, tomografías (TC) o autopsias³. En un 10% de los pacientes la diverticulitis puede generar síntomas como dolor abdominal en la fosa ilíaca derecha, náuseas, vómitos, malabsorción intestinal, con complicaciones asociadas graves como peritonitis localizada o generalizada en un 5%^{3,4}, abscesos o sangrado en un 5% y perforación u obstrucción intestinal en un 3%¹⁻⁴.

La diverticulosis es la presencia de divertículos en el intestino, asintomáticos. Radiológicamente se caracteriza por formación de pequeños sacos o bolsas protuberantes en la pared del intestino. La diverticulitis no

complicada ocurre cuando un divertículo se inflama y en la TC se observa engrosamiento de la pared intestinal e inflamación alrededor del área afectada, pero sin abscesos ni perforación. En contraste, la diverticulitis complicada con perforación es una forma grave en la que la inflamación progresa a perforación, formando abscesos o peritonitis, los hallazgos imagenológicos son aire o material intestinal extraluminal⁶.

La TC computada de abdomen con contraste es el método de diagnóstico preferido ante la sospecha de diverticulitis. Los hallazgos radiológicos característicos incluyen la identificación de divertículos, cambios inflamatorios en la grasa mesentérica que indican que la inflamación se ha propagado desde la pared intestinal hacia el mesenterio adyacente, lo que se manifiesta como edema en esta región, evidenciado por áreas de menor densidad. También se observa la infiltración de la grasa mesentérica por células inflamatorias, generando hipodensidades, así como el signo de “estriación de la grasa”, que se presenta como líneas hipodensas dentro de la grasa mesentérica. Además, puede haber un aumento en el tamaño de los ganglios linfáticos como respuesta a la inflamación.

El engrosamiento de la pared intestinal, resultado del aumento de la permeabilidad de los vasos sanguíneos, conduce a la extravasación de líquidos y proteínas al espacio intersticial, provocando edema en la pared. Otros hallazgos son la presencia de aire libre extraluminal, que sugiere perforación, y la formación de colecciones¹⁻⁷. Los diagnósticos diferenciales incluyen

*Correspondencia:

Andrea Trujillo-Gallego

E-mail: andretrujillo28@hotmail.com

Fecha de recepción: 16-04-2024

Fecha de aceptación: 11-11-2024

DOI: 10.24875/RAR.24000023

Disponible en internet: 26-02-2025

Rev Argent Radiol. (Ahead of print)

www.revistarar.com



Figura 1. TC de abdomen con contraste intravenoso en plano axial en diferentes cortes. **(A-C)** Engrosamiento de las paredes del íleon terminal con divertículos en sus paredes (flechas rojas) con estricción de la grasa mesentérica peridiverticular como signos de cambios inflamatorios por diverticulitis.

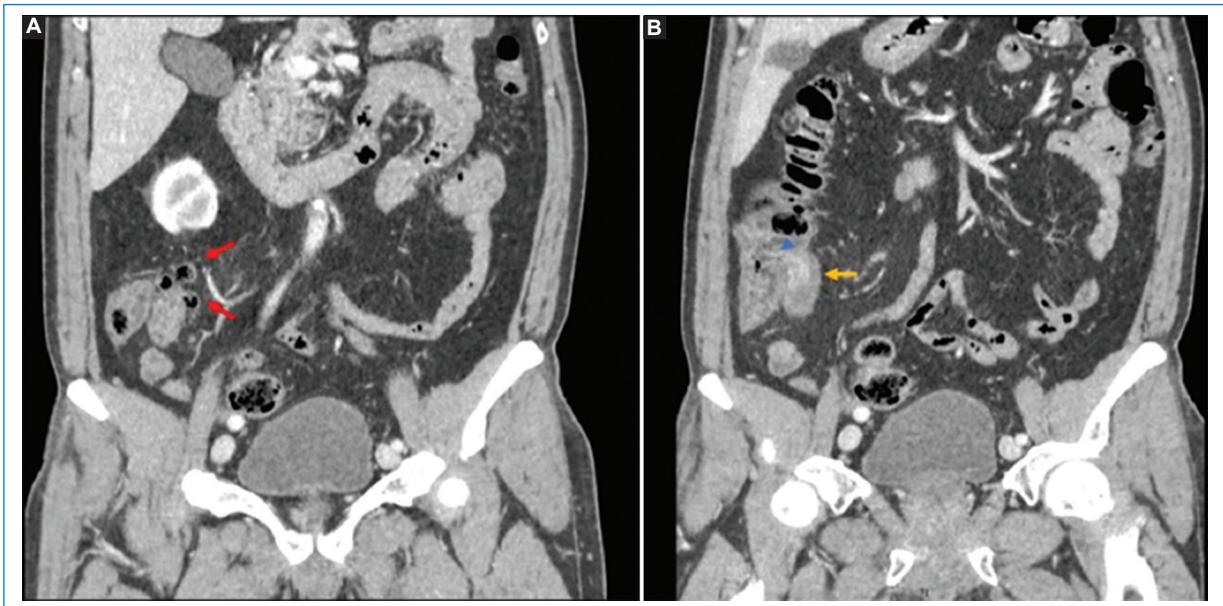


Figura 2. TC de abdomen con contraste intravenoso en plano coronal. **(A)** Divertículos múltiples en el íleon distal (flechas rojas). **(B)** Íleon distal (flecha amarilla) entrando a la válvula ileocecal.

diverticulitis cecal, apendicitis, enfermedad de Crohn y patologías ováricas¹.

El realce de la pared intestinal observado tras la administración de contraste intravenoso en la TC se debe al aumento del flujo sanguíneo durante el proceso inflamatorio, lo que facilita la llegada del contraste a estas áreas. Además, la mayor permeabilidad capilar permite que el contraste se extravase hacia los tejidos inflamados⁸.

Presentamos el caso de un hombre de 62 años, con antecedente de enfermedad diverticular, con un cuadro clínico de una semana de dolor en la fosa ilíaca derecha. Fue manejado ambulatoriamente con analgesia sin obtener mejoría. Posteriormente, el dolor empeora, se acompaña de fiebre y aumento de la frecuencia de deposiciones, por lo que consulta a urgencias. En la exploración física, presenta dolor en la fosa ilíaca derecha sin signos de irritación peritoneal. Se realizan estudios reportando leucocitosis y elevación de la proteína



Figura 3. TC de abdomen con contraste intravenoso en plano sagital. Íleon distal (flecha amarilla), con paredes engrosadas, con divertículos (flechas rojas) que tienen cambios inflamatorios alrededor (flecha verde).

C reactiva. La TC de abdomen contrastada evidencia divertículos en el íleon distal con cambios inflamatorios de la grasa adyacente y del ciego por contigüidad, sin perforación (Figs. 1-3). El apéndice cecal estaba sano. Fue evaluado por cirugía general, quien indicó tratamiento antibiótico. La evolución fue satisfactoria y posteriormente fue dado de alta.

En la actualidad el método diagnóstico de elección es la TC de abdomen contrastada donde se observa engrosamiento de la pared intestinal, con realce de esta, cambios inflamatorios de la grasa mesentérica o colección con o sin burbujas extraluminales o niveles hidroaéreos. Estos últimos se encuentran en el 2% de los estudios tomográficos y son secundarios a la perforación. El tratamiento en la diverticulitis no

complicada es de manejo conservador con administración de antibióticos, en caso de complicaciones se direcciona sea endoscópico para control de sangrado como también drenaje percutáneo en caso de colecciones localizadas e intervención quirúrgica en perforaciones².

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de confidencialidad de su institución, han obtenido el consentimiento informado de los pacientes, y cuentan con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Bibliografía

1. Vázquez R, Martínez L, Moreno MT, Climent A, Toscano E. Diverticulitis aguda ileal: una causa poco frecuente de dolor en la fosa iliaca derecha. *Rev Acircal.* 2017;4(1):78-83.
2. Jeong J, Hong SS, Hwang J, Kim HJ, Chang. YW. Acute diverticulitis of the terminal ileum: ultrasonography and CT findings. *Ultrasonography.* 2015;34(1):74-7.
3. Álvarez J, Álvarez E, Sauret J. Hallazgos radiológicos y clínicos de la diverticulitis ileal perforada. *SEMG.* 2009;115:109-11.
4. Causa PI, Seehaus A, Bernard N, Adri DO, Bertone S. Tomografía computada multidetector en la enfermedad diverticular del intestino delgado. *Rev Argent Radiol.* 2017;81(3):214-8.
5. Di Dier K, van Meerbeeck S. Ileal diverticulitis. *J Belg Soc Radiol.* 2023;107(1):12.
6. Feuerstein JD, Falchuk KR. Diverticulosis and diverticulitis. *Mayo Clin Proc.* 2016;91(8):1094-104.
7. Horton KM, Corl FM, Fishman EK. CT Evaluation of the small bowel: inflammatory disease. *Radiographics.* 2000;20(2):399-418.
8. Paulsen SR, Huprich JE, Fletcher JG, Booya F, Young BM, Fidler JL, et al. CT enterography as a diagnostic tool in evaluating small bowel disorders: review of clinical experience with over 700 cases. *Radiographics.* 2006;26(3):641-57.