

Diverticulitis aguda de íleon terminal: el papel fundamental del radiólogo en su detección

Acute diverticulitis of the terminal ileum: the crucial role of the radiologist in its detection

M. Beatriz Fernández-Lago^{1*}, Amalia Aranaz-Murillo¹, Javier Cuadal-Marzo², Jorge López-Mareca¹, Paloma Briceño-Torralba¹, Raquel Larrosa-López¹

¹Servicio de Radiodiagnóstico; ²Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Estimados editores:

Presentamos los hallazgos ecográficos y tomográficos de una diverticulitis aguda en el íleon terminal, una afección infrecuente e históricamente diagnosticada mediante laparotomías exploradoras. Los avances tecnológicos y el uso generalizado de la tomografía computada multidetector (TCMD) han permitido que los radiólogos desempeñen un papel fundamental en su diagnóstico¹. Dada su rareza y el desconocimiento de esta patología, reportamos un caso desafiante con la esperanza de ilustrar y contribuir a su diagnóstico. Su correcto diagnóstico permite que el radiólogo oriente en la toma las decisiones clínicas, logrando un manejo terapéutico adecuado y evitando, en muchos casos, intervenciones quirúrgicas innecesarias no exentas de riesgos significativos.

Nuestro caso es una paciente de 72 años sin antecedentes patológicos que presentaba una clínica compatible con apendicitis aguda. Se realizó una ecografía que reveló un engrosamiento parietal del íleon coincidente con el mayor punto álgico, así como unos sacos protruyentes sugestivos de divertículos inflamatorios próximos a la válvula ileocecal. Se acompañaba de abundante inflamación de la grasa locorregional y de una posible colección de 14 mm a ese nivel. Además, se visualizó el apéndice cecal de calibre conservado (Fig. 1). Sin embargo, debido a la rareza de esta patología y con el objetivo de garantizar un tratamiento

óptimo, se decidió realizar una TCMD, la cual confirmó la presencia de múltiples divertículos inflamatorios en el íleon terminal, así como una infiltración inflamatoria de la grasa mesentérica y la pequeña colección de 14 mm. El apéndice cecal era de aspecto normal, con un leve engrosamiento reactivo al cuadro concomitante (Fig. 2). Estos hallazgos permitieron establecer un plan de manejo terapéutico apropiado. La paciente fue ingresada y manejada de manera conservadora, presentando una evolución favorable en todo momento.

Los divertículos en el colon son comunes, pero su localización en el intestino delgado es infrecuente. Se estima que afectan a menos del 1% de los pacientes según las autopsias. Cuando están presentes en el intestino delgado, los duodenales son los más frecuentes, seguidos de los yeyunales y por último de los ileales; concretamente en el íleon terminal, como ocurrió en nuestro caso, son raros¹⁻³.

La diverticulosis en el intestino delgado suele ser asintomática; sin embargo, puede complicarse y presentar inflamación, perforación o sangrado. Es importante destacar que el diagnóstico de una diverticulitis en el íleon terminal es especialmente complejo, puesto que puede simular una apendicitis aguda. Mientras que esta requiere tratamiento quirúrgico, las diverticulitis agudas no complicadas suelen tratarse de manera conservadora. Un diagnóstico erróneo podría llevar a un paciente a someterse a una intervención quirúrgica

*Correspondencia:

M. Beatriz Fernández-Lago
E-mail: beatrizlago96@gmail.com

Fecha de recepción: 18-07-2023

Fecha de aceptación: 29-12-2023

DOI: 10.24875/RAR.23000043

Disponible en internet: 02-09-2024
Rev Argent Radiol. (ahead of print)

www.revistarar.com

1852-9992 / © 2023 Sociedad Argentina de Radiología (SAR) y Federación Argentina de Asociaciones de Radiología, Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante (FAARDIT). Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

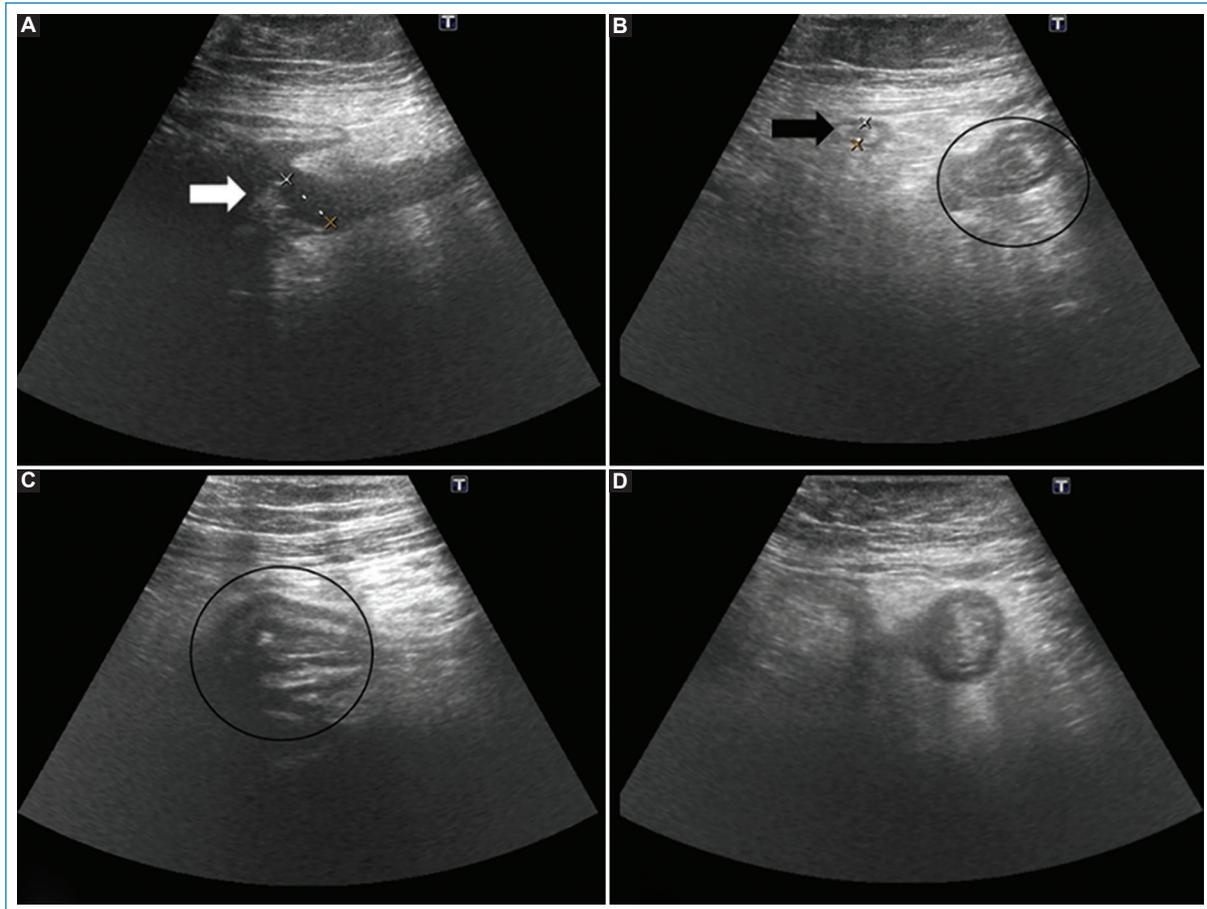


Figura 1. Ultrasonografía en escala de grises con transductor lineal de 9 MHz sobre la fosa iliaca derecha. **(A)** Colección anecogénica de 14 mm (flecha) rodeada de una hiperrefringencia de la grasa locorregional de aspecto inflamatorio. **(B y C)** Apéndice de morfología y tamaño normales, con ecoestructura conservada (flecha). Íleon terminal engrosado de aspecto inflamatorio (círculo). **(D)** Divertículo inflamado protruyente y conectado al íleon terminal.

innecesaria y no exenta de complicaciones. Por lo tanto, pese a su rareza, es necesario contar con un conocimiento adecuado de esta patología y de sus características radiológicas para evitar errores en su diagnóstico y garantizar un manejo adecuado de los pacientes^{2,3}.

La diverticulitis ileal es una complicación rara. Según Park y Lee⁴, se observó en aproximadamente un 0,1% de 9.000 pacientes con dolor localizado en la fosa iliaca derecha. La inflamación de la mucosa puede conducir a la formación posterior de abscesos. Además, la perforación de los divertículos es una complicación grave que ocurre en el 2-6% de los casos y tiene una elevada tasa de mortalidad, alcanzando cifras de hasta el 40%, en gran parte debido a la demora en el diagnóstico y el tratamiento^{5,6}.

En los casos de diverticulitis ileal aguda no complicada, el tratamiento es conservador. No obstante, en

caso de perforación, la opción de tratamiento preferida es la intervención quirúrgica⁷.

El diagnóstico correcto representa un desafío radiológico. Dada la clínica sugestiva de apendicitis aguda, la ecografía suele ser la primera modalidad de imagen a realizar, aunque la TCMD es el método de elección para su evaluación³⁻⁵. Los hallazgos ecográficos comunes son el engrosamiento parietal del íleon y las evaginaciones irregulares compatibles con divertículos, todo ello rodeado de un tejido adiposo hiperecogénico de aspecto inflamatorio. El apéndice suele ser normal, pero puede estar engrosado por la inflamación locorregional^{6,7}.

La TCMD revela la presencia de inflamación focal alrededor del íleon terminal, con el ciego y el apéndice de aspecto normal. Ante esta situación se debe considerar la diverticulitis del íleon terminal como posible diagnóstico. En nuestro caso, la TCMD mostró

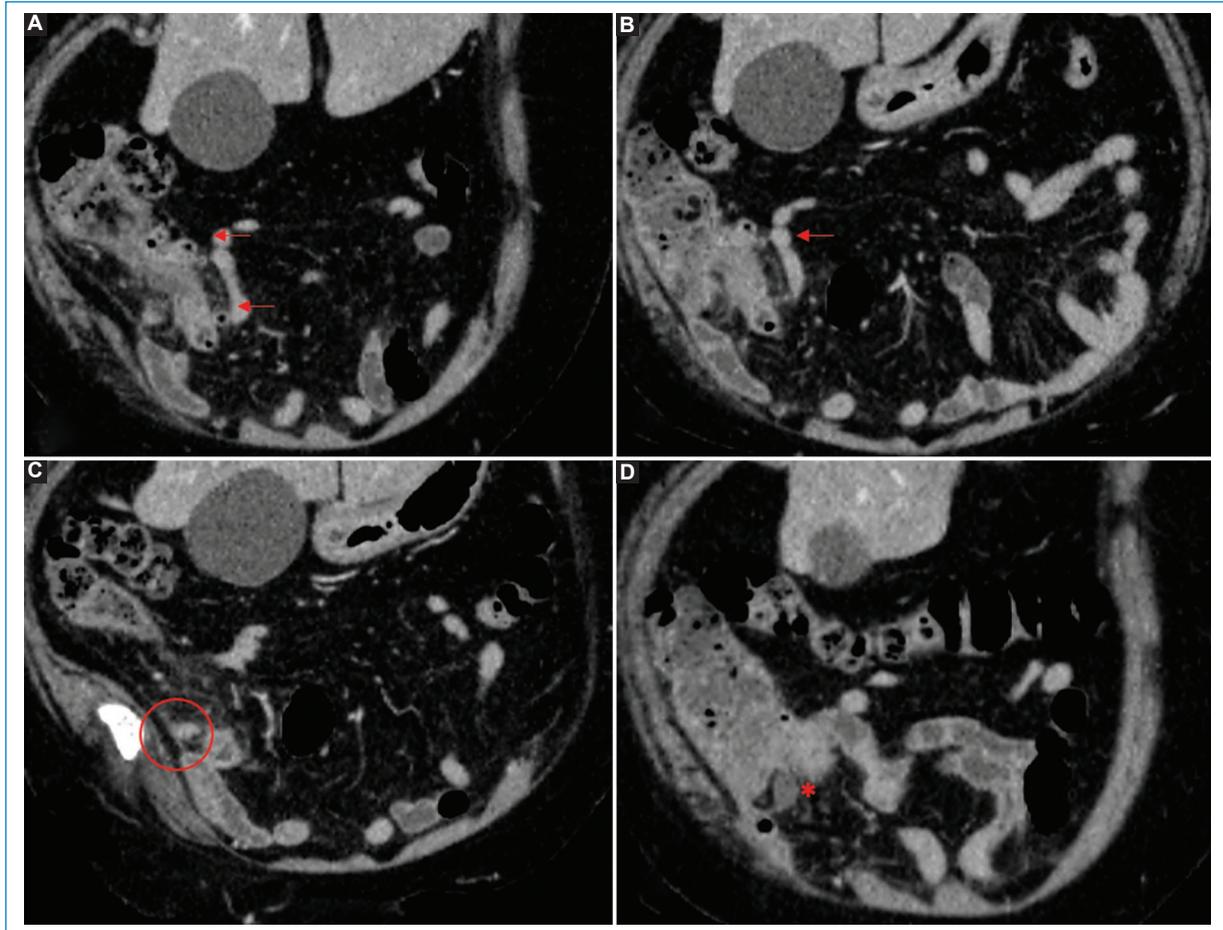


Figura 2. TCMD reformateada coronal oblicua. **(A y B)** Íleon terminal engrosado y levemente desestructurado con múltiples divertículos inflamados (flechas). Inflamación de la grasa mesentérica. **(C)** Infiltración inflamatoria de la grasa mesentérica. Punta del apéndice ligeramente engrosada (círculo), de aspecto reactivo al cuadro inflamatorio adyacente. **(D)** Pequeña colección adyacente al íleon (asterisco).

claramente la presencia de múltiples divertículos en el íleon terminal. La perforación contenida puede verse como una burbuja de aire adyacente. Entre los diagnósticos diferenciales de la diverticulitis en el íleon terminal, además de la mencionada apendicitis aguda, se encuentran la diverticulitis colónica y la enfermedad de Crohn⁶⁻⁸; menos comúnmente se consideran la diverticulitis de Meckel y la apendagitis epiploica^{9,10}, cuyo diagnóstico también se basa en pruebas de imagen.

Agradecimientos

Los autores agradecen al Hospital Universitario Miguel Servet la disposición de sus medios para elaborar este manuscrito, así como el incentivo del centro a la investigación.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades 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 de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido la aprobación del Comité de Ética para el análisis y publicación de datos clínicos obtenidos de forma rutinaria. El consentimiento informado de los pacientes no fue requerido por tratarse de un estudio observacional retrospectivo.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

1. Kwon LM, Lee K, Kim MJ, Lee IJ, Kim GC, Di Dier K, et al. Acute ileal diverticulitis: computed tomography and ultrasound findings. *Diagnostics*. 2023;107:1-3.
2. Jeong J, Hong SS, Hwang J, Kim HJ, Chang YW. Acute diverticulitis of the terminal ileum: ultrasonography and CT findings. *Ultrasonography*. 2014;34:74-7.
3. Di Dier K, van Meerbeeck S. Ileal diverticulitis. *J Belgian Soc Radiol*. 2023;107:1-3.
4. Park HC, Lee BH. The management of terminal ileum diverticulitis. *Am Surg*. 2009;75:1199-202.
5. Coulier B, Maldague P, Bourgeois A, Broze B. Diverticulitis of the small bowel: CT diagnosis. *Abdom Imaging*. 2006;32:228-33.
6. Fantasia S, Cortegoso Valdivia P, Gaiani F. Ileal acute diverticulitis mimicking Crohn's disease. *Dig Dis Sci*. 2023;68:2207-8.
7. El-Haddawi F, Civil ID. Acquired jejuno-ileal diverticular disease: a diagnostic and management challenge. *ANZ J Surg*. 2003;73:584-9.
8. Graña L, Pedraja I, Méndez R, Rodríguez R. Jejuno-ileal diverticulitis with localized perforation: CT and US findings. *Eur J Radiol*. 2009;71:318-23.
9. Bedel C. Cecal diverticulitis mimicking acute appendicitis. *Eur Res J*. 2019;5:193-5.
10. Lebert P, Ernst O, Zins M. Acquired diverticular disease of the jejunum and ileum: imaging features and pitfalls. *Abdom Radiol*. 2019;44:1734-43.