

Osteomielitis iliaca fistulizada a piel como debut atípico de diverticulitis aguda perforada

Rodríguez Silva, Cristina; Titos García, Alberto; González Sánchez, Antonio Jesús; Aranda Narváez, José Manuel; Santoyo Santoyo, Julio

Unidad de Gestión Clínica Intercentros de Cirugía General, Digestiva y Trasplantes.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Este trabajo no ha sido publicado previamente ni presentado para tal efecto en ninguna otra revista o publicación, y todos los autores implicados declaran no tener conflictos de intereses. Asimismo, el trabajo no ha recibido financiación alguna para su desarrollo.

Resumen

Aportamos el caso de una paciente que presentó una osteomielitis iliaca fistulizada a piel como debut clínico atípico de una diverticulitis aguda. Tras un enfoque inicial erróneo y ante la ausencia de mejoría con el tratamiento, las pruebas diagnósticas evidenciaron el origen del cuadro clínico. Se intervino quirúrgicamente previa esterilización con antibioterapia dirigida según cultivo, con objeto de mejorar las condiciones locales. La evolución postoperatoria fue favorable. El análisis anatomopatológico de la pieza confirmó la existencia de una diverticulitis aguda perforada. Posteriormente reingresó por una fuga anastomótica tardía, requiriendo cirugía urgente, con buena evolución posterior. El objetivo del documento es subrayar la importancia del diagnóstico diferencial en la diverticulitis aguda, que en ocasiones puede tener un debut inusual simulando otras patologías, lo que nos obliga a ser muy sistemáticos y minuciosos.

PALABRAS CLAVE: osteomielitis; diverticulitis aguda; fistulizada;

Introducción

La enfermedad diverticular representa una patología muy frecuente en la población, generalmente asintomática. Cuando es sintomática la clínica suele ser dolor abdominal recurrente en fosa iliaca izquierda, frecuentemente autolimitado, asociando episodios febriles, resolviéndose con tratamiento antibiótico incluso ambulatorio. La diverticulitis puede también presentarse asociada a complicaciones potencialmente fatales como el absceso intraabdominal, la perforación, y la fistulización a vísceras adyacentes y muy raras veces a estructuras óseas. La incidencia de fístulas secundarias a un proceso de diverticulitis

es de aproximadamente un 12%. Puede producirse a cualquier estructura pélvica e incluso el tejido celular subcutáneo; por contra, es muy infrecuente que la fistulización se produzca hacia estructuras óseas simulando otros procesos infecciosos extraabdominales, lo que conlleva una dificultad añadida en el diagnóstico etiológico.

Caso clínico

Mujer de 57 años, pluripatológica, ingresada en Medicina Interna por deterioro del estado general, pérdida de peso y fiebre de una semana de evolución, asociado a una lesión cutánea indurada a nivel de pala iliaca izquierda que había aumentado de tamaño progresivamente. A la exploración física presentaba una placa de 7 cm de diámetro, indurada, a nivel de pala iliaca izquierda, con un orificio central a través del cual drenaba material de aspecto purulento. Negaba dolor abdominal ni alteración del hábito intestinal. Analítica con leucocitosis (27.000/mm³), neutrofilia y elevación de Proteína C Reactiva

Correspondencia: Dra. Cristina Rodríguez Silva. Secretaría de Cirugía General, Digestiva y Trasplante. Hospital Regional Universitario de Málaga. Avenida de Carlos Haya, s/n. C.P. 29010. Málaga. Tfno.: Personal: 658 068 242; Institucional: 951291133. cristinars86@gmail.com

(PCR, 178 mg/dl). Se realizó una Resonancia Nuclear Magnética (RMN) de columna lumbosacra, identificándose una lesión anfractuosa a nivel de zona glútea izquierda, afectando a la musculatura glútea, y que se comunicaba con un foco de osteomielitis a nivel del hueso ilíaco izquierdo. Tras instaurar tratamiento antibiótico empírico sin mejoría y revisar el cultivo de la lesión cutánea, que indicaba un crecimiento de *E. Coli* y *C. Albicans*, se solicitó una Tomografía Computerizada (TC) abdominopélvica por sospecha de foco intraabdominal. Se identificó un engrosamiento y realce de pared de colon descendente y sigma con divertículos e infiltración de la grasa adyacente y un trayecto fistuloso desde el psoas, atravesando la pala ilíaca hasta la grasa subcutánea y piel, compatible con diverticulitis aguda con fistulización a piel (figuras 1 y 2). Se instauró antibioterapia dirigida según cultivo para mejorar las condiciones locales y cirugía diferida a los 10 días. Los hallazgos intraoperatorios fueron: masa inflamatoria diverticular de colon sigmoide adherida a 2 asas de yeyuno y ovario izquierdo, con infiltración inflamatoria a nivel retroperitoneal localizándose el trayecto fistuloso extraperitoneal con contenido purulento. Se realizó una sigmoidectomía y resección de asas de yeyuno implicado, liberación de ovario izquierdo y legrado de todo el trayecto fistuloso, asociando una anastomosis colorectal mecánica y una anastomosis de intestino delgado manual biplano. La anatomía patológica reveló una diverticulitis aguda perforada. La evolución postoperatoria fue favorable. Posteriormente reingresó por fuga anastomótica tardía, requiriendo laparotomía urgente (peritonitis intestinal) realizándose desmontaje de anastomosis y colostomía. La evolución postoperatoria fue favorable. Actualmente, 6 meses después, se ha reintervenido de forma programada para la reconstrucción del tránsito intestinal, con un postoperatorio sin complicaciones.

Discusión

La diverticulitis aguda es una patología muy prevalente, cuyas manifestaciones son fundamentalmente abdominales. En pacientes pluripatológicos, inmunosuprimidos, enolismo crónico o corticoterapia prolongada, pueden debutar con otro tipo de manifestaciones más infrecuentes, como nuestro caso. Las fistulas colo-cutáneas por diverticulitis son relativamente inusuales, con una incidencia del 5% del total, apareciendo casi exclusivamente como complicación tras cirugía de la diverticulitis y/o tras un drenaje percutáneo de colecciones peridiverticulares¹. Rara vez debutan de inicio en el cuadro. Dado su carácter atípico, es imprescindible tener un elevado índice de sospecha clínica, más aún en pacientes con factores de riesgo como los mencionados, siendo especialmente útiles los estudios de imagen como el TC y RMN de abdomen. Se han publicado hasta el momento diversos ejemplos de fistulización inusual de cuadros inflamatorios de origen diverticular: Van Hillo⁴ y Avalos-González⁷ describen el hallazgo de fistulas hacia apéndice cecal, Trompas de Falopio y uréter. Asimismo,

se han descrito fistulas complejas hacia el aparato óseo como es el caso de Davila³ y Nuño-Guzmán et al⁶, que describen el caso de una diverticulitis aguda con fistulización hacia la articulación coxofemoral, ocasionando una artritis séptica. McCrea y Wagner⁷ describen una osteomielitis femoral secundaria a una diverticulitis aguda fistulizada hacia el fémur. Van Dam y Lange² describen el caso de un paciente de 77 años que debuta con una osteomielitis vertebral, secundaria a una diverticulitis sigmoidea fistulizada. No podemos olvidar que si bien es un cuadro clínico atípico, la diverticulitis aguda complicada con una osteomielitis secundaria es una entidad clínica más a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de aquellas lesiones cutáneas con supuración purulenta y recurrentes, que no desaparecen pese a curas y antibioterapia, así como en cuadros de osteomielitis inexplicada por los antecedentes del paciente. El tratamiento de esta patología es combinado, aunando antibioterapia dirigida según cultivo y cirugía. En nuestra paciente, decidimos realizar cirugía diferida tras ciclo de antibioterapia para mejorar las condiciones locales.

Por todo ello, aunque inusual, la diverticulitis perforada con fistulización cutánea-ósea, es una de las posibles complicaciones que pueden acaecer durante el curso clínico de la enfermedad, siendo necesario un elevado índice de sospecha, para procurar un correcto diagnóstico y consecuentemente, tratamiento precoz.

Bibliografía

1. Méndez E, Sánchez-Hernández AT, Melo-Velázquez A, Ventura-Sauceda FA, Sepúlveda-Castro RR. Fístulasigmoido-glútea por diverticulitis: Reporte de una rara complicación. *Cirugía y Cirujanos*. 2013; Mar-Apr 81(2):158-62.
2. Van Dam H, Lange FJ. Diverticulitis of the Sigmoid Colon Complicated by Vertebral Osteomyelitis. *The European Journal of Surgery*. 1996;162:661-663.
3. Davila S, Augustin G, Premuziv I, Antoljak T, Dobric I, Jarza-Davila N. Perforated retroperitoneal retrofascial sigmoid diverticulitis as a cause of osteomyelitis and septic necrosis of the acetabulum and proximal femur. *Acta Gastroenterológica Belga*. 2010; Jan-Mar 73(1):71-3.
4. Van Hillo M, Fazio VW, Lavery IC. Sigmoidoappendiceal fistula-An unusual complication of diverticulitis. Report of a case. *Dis Colon Rectum*. 1984; Sep 27(9): 618-620.
5. Avalos-González J, Portilla-deBuen E, Leal-Cortés CA, Orozco-Mosqueda A, Estrada-Aguilar MC, Velázquez-Ramírez GA et al. Reduction of the closure time of postoperative enterocutaneous fistulas with fibrin sealant. *World Journal of Gastroenterology*. 2010; 16(22): 2793-2800.
6. Nuño-Guzmán CM, Hernández-Carlín JM, Almaguer FI. Colovesical, coloenteric, colocutaneous fistula, and hip septic arthritis secondary to sigmoid diverticulitis. *International Journal of Colorectal Disease*. 2010;25(6):793-794.
7. McCrea ES, Wagner E. Femoral osteomyelitis secondary to diverticulitis. *Journal of the Canadian Association of Radiologists*. 1981; 32 (3): 181-182.



Figura 1: En esta imagen podemos identificar el proceso inflamatorio diverticular a nivel de sigma así como parte del trayecto fistuloso a nivel de la pala iliaca izquierda.

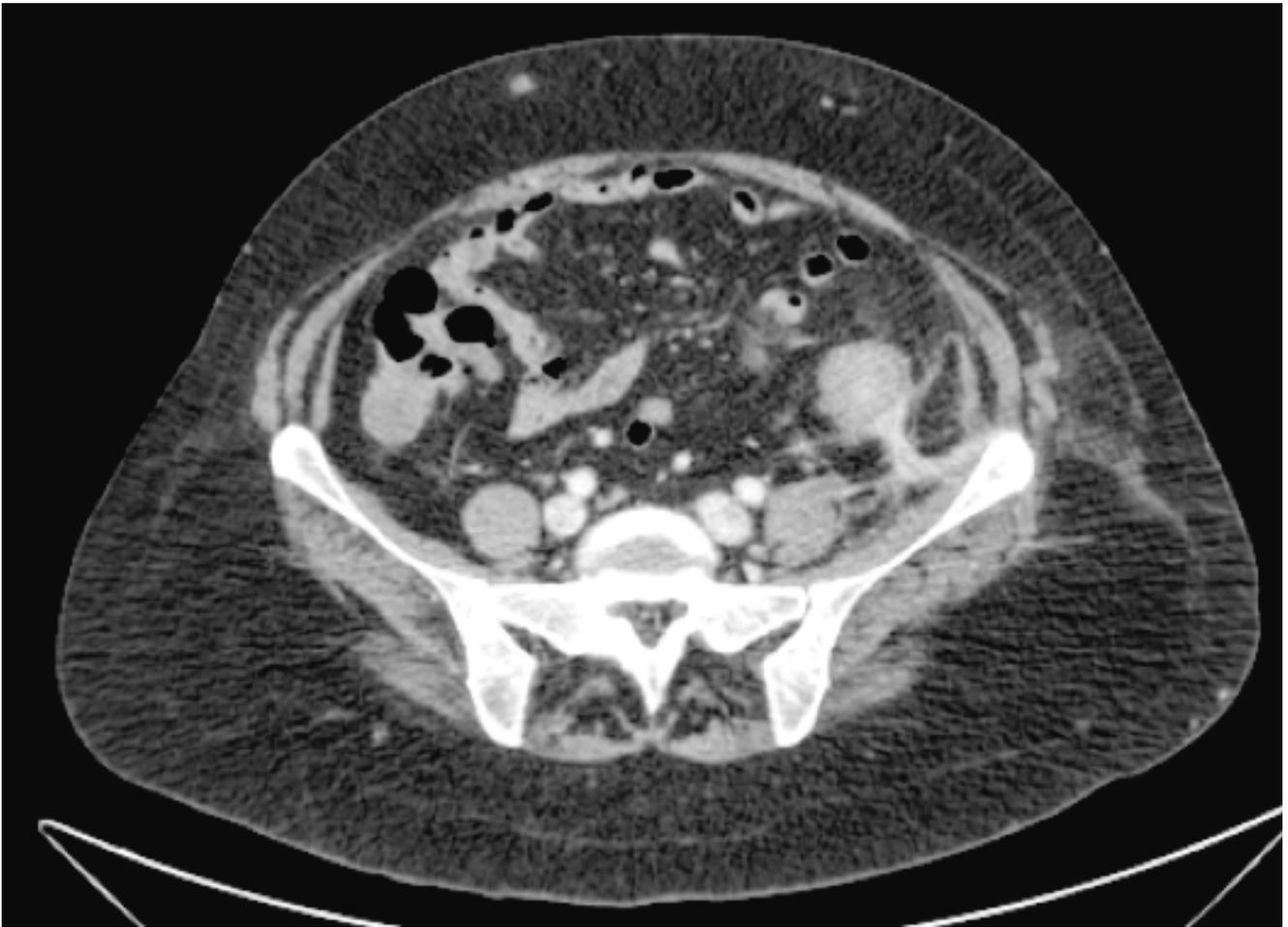


Figura 2: En esta imagen objetivamos claramente el trayecto fistuloso entre el sigma y la pala iliaca.