

## REPORTE DE CASO / CASE REPORT

**Peritonitis generalizada por diverticulitis aguda complicada Hinchey IIIa por divertículo gigante perforado- Hospital General de Itapúa. Paraguay 2025.**Nathalia Maria Silva Benitez<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0009-0006-4636-8734>Nelly Teresita Avalos Stefen<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0009-0001-0774-1982>Valeria Thalia Terwindt Brites<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-3543-8435><sup>1</sup>Universidad Nacional de Itapúa. Facultad de Medicina. Encarnación, Paraguay**RESUMEN**

**Introducción:** La enfermedad diverticular del colon constituye una de las alteraciones anatómicas más frecuentes del sistema digestivo, especialmente en adultos mayores. Aunque la mayoría de los pacientes permanece asintomática, un porcentaje desarrolla diverticulitis aguda y otras complicaciones potencialmente graves, como perforación, abscesos o divertículo gigante, que requieren tratamiento quirúrgico de urgencia.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una paciente de 73 años que acudió al Servicio de Cirugía General del Hospital General de Itapúa por dolor abdominal localizado en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, de cinco días de evolución. Al examen físico presentó abdomen globuloso, blando y depresible, con dolor a la palpación profunda en fosa ilíaca izquierda y defensa localizada, sin signos de irritación peritoneal. La tomografía computarizada de abdomen y pelvis evidenció divertículos en el sigmoide medio y distal, asociados a edema perientérico y burbujas aéreas, hallazgos compatibles con diverticulitis complicada. Se decidió intervención quirúrgica de urgencia. Durante la celiotomía se identificó un probable divertículo gigante del colon sigmoide, realizándose una cirugía de Hartmann. El estudio anatomopatológico informó infiltrado inflamatorio agudo y crónico inespecífico con múltiples focos en la pared colónica, áreas de necrosis y hemorragia antigua y reciente, compatibles con enfermedad diverticular complicada. No se evidenció neoplasia maligna y los márgenes de resección fueron viables y libres de lesión. La evolución posoperatoria fue favorable, por lo que la paciente fue dada de alta con seguimiento ambulatorio y planificación de restitución del tránsito intestinal.

**Conclusión:** El divertículo gigante del colon es una complicación infrecuente de la enfermedad diverticular que puede simular otras patologías abdominales. El diagnóstico oportuno mediante tomografía y el tratamiento quirúrgico precoz son fundamentales para reducir la morbilidad y obtener resultados clínicos favorables.

**Palabras claves:** Divertículo gigante; diverticuloma; enfermedad diverticular

Recibido: 24/06/2026

Revisado: 06/07/2026

Aceptado: 13/07/2026

**Autor para correspondencia:**

Natalia Silva

[namasilben@gmail.com](mailto:namasilben@gmail.com)**Conflictos de interés:**

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

**Fuente de financiación:**

Los autores no recibieron apoyo financiero de entidades gubernamentales o instituciones para realizar esta investigación

## Generalized peritonitis due to complicated acute diverticulitis Hinchey IIIa due to a perforated giant diverticulum - General Hospital of Itapúa. Paraguay 2025.

### ABSTRACT

**Introduction:** Colonic diverticular disease is one of the most common anatomical disorders of the gastrointestinal tract, particularly among older adults. Although most patients remain asymptomatic, a proportion develop acute diverticulitis and other potentially severe complications, such as perforation, abscess formation, or giant colonic diverticulum, which require emergency surgical management.

**Case report:** We present the case of a 73-year-old woman admitted to the General Surgery Department of the General Hospital of Itapúa with a five-day history of abdominal pain localized to the hypogastrium and left iliac fossa. Physical examination revealed a globular, soft, and depressible abdomen, with deep tenderness and localized guarding in the left iliac fossa, without signs of peritoneal irritation. Abdominal and pelvic computed tomography demonstrated diverticula in the mid and distal sigmoid colon, associated with pericolic edema and extraluminal air bubbles, findings suggestive of complicated diverticulitis. Emergency surgery was indicated. During laparotomy, a probable giant sigmoid diverticulum was identified, and a Hartmann procedure was performed. Histopathological examination revealed multiple foci of acute and chronic nonspecific inflammatory infiltrate within the colonic wall, with areas of necrosis and recent and old hemorrhage, consistent with complicated diverticular disease. No evidence of malignancy was found, and both proximal and distal resection margins were viable and free of disease. The postoperative course was uneventful, and the patient was discharged with outpatient follow-up and plans for future restoration of intestinal continuity.

**Conclusion:** Giant colonic diverticulum is a rare complication of diverticular disease that may mimic other abdominal conditions. Early diagnosis by computed tomography and prompt surgical treatment are essential to reduce morbidity and mortality and achieve favorable clinical outcomes.

**Keywords:** Giant colonic diverticulum; diverticuloma; diverticular disease.

## INTRODUCCIÓN

Las modificaciones anatómicas más habituales en el colon son los divertículos, descritos como invaginaciones saculares de la mucosa y submucosa que se desarrollan en las áreas más vulnerables de la pared intestinal, específicamente donde penetran los vasos rectos. Aunque un divertículo genuino compromete la totalidad de las túnicas intestinales, la variante colónica suele corresponder a pseudodivertículos, originados por la herniación de las capas internas a través de la muscular. Su principal derivación clínica es la diverticulitis aguda, caracterizada por un proceso inflamatorio o infeccioso secundario a la perforación del saco. Esta condición representa una de las mayores causas de atención en emergencias, hospitalización e intervenciones quirúrgicas colorrectales, generando un impacto económico considerable en los servicios de salud.<sup>1</sup>

La diverticulitis aguda se define como el proceso inflamatorio macroscópico que compromete al divertículo, su pared y el tejido peridiverticular subyacente. Desde el punto de vista clínico-radiológico, esta entidad se clasifica en dos variantes principales: la no complicada, que representa el 75% de los casos y se caracteriza por un engrosamiento de la pared colónica con compromiso de la grasa mesentérica; y la complicada, que afecta al 25% restante y se manifiesta mediante la formación de abscesos (su complicación más habitual), peritonitis, estenosis obstructiva, fístulas, perforación o sangrado. Sintomatológicamente, la manifestación cardinal y más frecuente es el dolor de inicio agudo localizado en la fosa ilíaca izquierda.<sup>2</sup>

Epidemiológicamente, la enfermedad diverticular afecta al 65% de los individuos mayores de 65 años y al 5% de los menores de 40 años; el 80% de los casos cursa de forma asintomática, mientras que el 20% restante manifiesta síntomas,

de los cuales un 5% evoluciona hacia cuadros graves. El desarrollo de esta patología presenta un componente hereditario estimado en el 40%, sumado a factores de riesgo modificables como la obesidad, el sedentarismo, el consumo de alcohol, el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y dietas ricas en carne roja y deficientes en fibra.

Ante esta inespecificidad diagnóstica, la ecografía y la tomografía computarizada (TC) abdominal constituyen las herramientas de elección, sugiriéndose una colonoscopia diferida (entre la 4ª y 8ª semana) tras la resolución del episodio agudo.

El abordaje terapéutico actual tiende hacia la individualización, mientras que la diverticulosis sintomática carece de evidencia farmacológica sólida, la diverticulitis aguda no complicada puede gestionarse de forma ambulatoria y prescindiendo de antibióticos en ausencia de factores de riesgo. En escenarios de la diverticulitis aguda complicada, tradicionalmente estratificados mediante la clasificación de Hinchey, se prioriza el manejo conservador; no obstante, los estadios Hinchey III y IV demandan intervención quirúrgica para resección segmentaria y anastomosis (con o sin estoma de protección), desaconsejándose el lavado y drenaje aislado en el estadio III. Finalmente, la decisión de una cirugía programada debe consensuarse de manera personalizada, ya que los criterios basados rígidamente en la edad o en el número de recurrencias han sido desestimados.<sup>3</sup>

Los estudios por imágenes, con especial énfasis en la tomografía computarizada, resultan fundamentales para determinar el grado de compromiso anatómico y estratificar la severidad de la patología.<sup>4</sup>

A nivel internacional, las tasas de letalidad por enfermedad diverticular muestran una variabilidad significativa. Los países en desarrollo registran una

correlación estrecha entre el rápido incremento de la mortalidad por esta patología y las curvas ascendentes de sobrepeso en la población adulta. Por consiguiente, se requiere la intervención urgente de los sistemas de salud pública en estas áreas geográficas para subvertir los indicadores de mortalidad actuales mediante estrategias de prevención primaria y educación nutricional.<sup>5</sup>

El divertículo gigante (DG) representa una manifestación clínica excepcionalmente inusual de la enfermedad diverticular. Su prevalencia global es sumamente baja, con apenas aproximadamente 200 casos descritos en la literatura médica internacional y un registro sumamente limitado de reportes a nivel nacional en Chile.<sup>6</sup>

El divertículo gigante de sigma constituye una entidad patológica excepcionalmente infrecuente, con una casuística documentada que apenas alcanza los 166 casos en la literatura científica. Su espectro clínico es notablemente heterogéneo, abarcando desde cuadros de abdomen agudo quirúrgico hasta sintomatología crónica e inespecífica que mimetiza la presentación clásica de una diverticulitis aguda. En cuanto a su evolución, las complicaciones de mayor gravedad asociadas a esta estructura sacular gigante incluyen la perforación libre, la oclusión intestinal y el vólvulo.<sup>7</sup>

El criterio diagnóstico para el divertículo gigante de colon (DGC) establece un umbral métrico mayor de 4 cm, siendo una entidad con escasos reportes bibliográficos indexados. En términos de presentación, entre el 30% y el 35% de los casos se manifiesta mediante un cuadro agudo, documentándose tasas de complicaciones que oscilan entre el 15% y el 35% dentro de este porcentaje de pacientes.<sup>8</sup>

En un estudio retrospectivo llevado a cabo en el Departamento de Itapúa (Paraguay), se analizó una muestra de 45 pacientes que contaban con

indicación para colonoscopia en el Servicio de Cirugía General del Hospital Regional de Encarnación. Demográficamente, se observó un predominio del sexo masculino y una mayor prevalencia en el rango etario de 41 a 65 años, identificándose una procedencia mayoritariamente interna dentro del departamento. Los principales criterios de indicación para el procedimiento endoscópico fueron, en orden de frecuencia, la hemorragia digestiva baja, seguida de anemia y diarrea crónica. Finalmente, la enfermedad diverticular se consolidó como el hallazgo patológico intraluminal más prevalente en las colonoscopias realizadas.<sup>9</sup>

Para la estratificación de los estadios clínicos de la diverticulitis, se emplea la clasificación de Hinchey. El presente estudio se constituye como una revisión bibliográfica basada en el análisis de fuentes electrónicas especializadas, orientada a la síntesis de la evidencia clínica más relevante. Respecto al manejo quirúrgico, dada la posibilidad de complicaciones inherentes a los procedimientos, resulta crítica la vigilancia postoperatoria estrecha. Las alternativas terapéuticas —como la intervención de Hartmann, la resección con anastomosis primaria (con o sin estoma de protección) y el lavado y drenaje laparoscópico— deben seleccionarse de manera individualizada, supeditadas estrictamente a la gravedad y al estadio de la diverticulitis.<sup>10</sup>

A pesar de la falta de un consenso universal para la estadificación de la diverticulitis, la mayoría de las guías de práctica clínica adoptan la clasificación de Hinchey modificada. Esta preferencia radica en su utilidad para correlacionar con precisión los hallazgos de la tomografía computarizada con la toma de decisiones terapéuticas. Bajo este sistema, las formas no complicadas abarcan los estadios 0 e Ia, mientras que la diverticulitis complicada comprende desde el estadio Ib hasta el grado IV (Tabla 1).<sup>11</sup>

## **REPORTE DE CASO**

Antes de la presentación es importante mencionar que se cuenta con el consentimiento informado de la paciente.

Paciente de sexo femenino de 73 años de edad acude al servicio de urgencias por antecedente de dolor abdominal en hipogastrio de aproximadamente cinco días de evolución que inicia en fosa iliaca izquierda de inicio insidioso de moderada intensidad que no irradia y que no cede ante la ingesta de analgésicos de uso común, cuarenta y ocho horas antes del ingreso paciente refiere náuseas y vómitos en varias oportunidades. Niega fiebre y otros síntomas acompañantes. Antecedente quirúrgico de colecistectomía por videolaparoscopia hace 10 años

Al examen físico al ingreso abdomen globuloso a expensas de tejido celular subcutáneo, blando, depresible doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda, con defensa y sin irritación, asimétrico a expensas de cicatriz por videolaparoscopia, ruidos hidroaéreos positivo.

Laboratorio de ingreso: Hemoglobina: 12,9 g/dl, Hematocrito: 39 %, Glóbulos blancos: 9160 mm<sup>3</sup>, Neutrófilos: 82%. PCR: 148 mg/l.

Con una ecografía abdominal que sugería en ese entonces esteatosis difusa leve.

Pese a la persistencia del dolor generalizado en abdomen se solicitó tomografía simple de abdomen y pelvis en la cual se constató presencia de imágenes diverticulares del sigmoides medio y distal, de 7.6 cm de longitud x 18-20 mm de espesor con edema peri entérico y burbujas aéreas,

sugere de proceso inflamatorio de origen diverticular complicado. Se decidió conducta quirúrgica de urgencia (Figura 1).

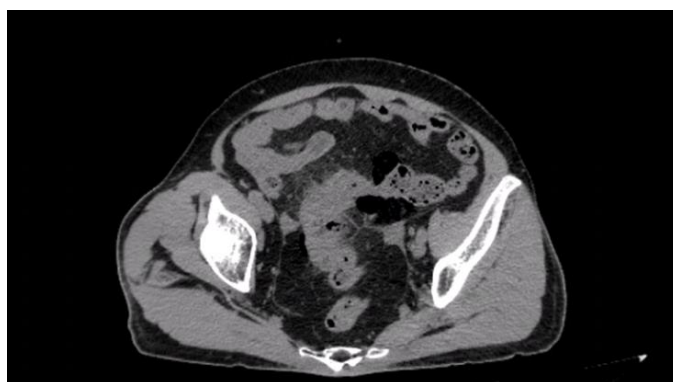
Se decide conducta quirúrgica de urgencia. A la celiotomía: se constató escaso líquido purulento en fondo de saco de Douglas 20 cc del cual se aspiró y no se tomó muestra, se constató tumoración a 20 cm del recto aproximadamente de 7 cm de diámetro, dura, con perforación en la cara anterolateral izquierda, se realiza sigmoidectomía, con identificación previa del uréter izquierdo, ligamiento de vasos mesentéricos inferiores con hilo algodón 0, se procede a sigmoidectomía con hilo algodón 0, cierre del muñón rectal con Vicryl 1 y 3.0 en guardia griega y puntos de Connell Mayo respectivamente con abocamiento de colostomía, Cirugía de Hartman (Figura 2). Al inventario de cavidad, resto de órganos sin particularidades.

Actualmente la paciente se encuentra en buen estado general con acompañamiento de dieta nutricional y seguimiento por coloproctología para programar restitución del tránsito.

Con respecto al resultado de anatomía patológica, se informó focos múltiples en pared colónica de infiltrado inflamatorio agudo y crónico inespecífico, zonas de necrosis y hemorragia antigua y reciente (enfermedad diverticular complicada), presencia de necrosis grasa y hemorragia antigua y recientemente en tejido adiposo peri colónico. Tras la inclusión de múltiples cortes no se observa evidencia de proceso neoplásico maligno, márgenes quirúrgicos de resección proximal y distal viables y libres de lesión.

**Tabla 1** Clasificación de Hinchey modificada para la diverticulitis aguda

| GRADO     | HALLAZGOS                                                                                 | CARACTERÍSTICAS                    |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| GRADO 0   | Diverticulitis leve según hallazgos clínicos                                              | Diverticulitis aguda no complicada |
| GRADO Ia  | Flemón e inflamación alrededor del colon                                                  | Diverticulitis aguda no complicada |
| GRADO Ib  | Absceso pericólico o mesocólico menor a 5cm                                               | Diverticulitis aguda complicada    |
| GRADO II  | Absceso pélvico, intraabdominal o retroperitoneal o absceso a distancia de la inflamación | Diverticulitis aguda complicada    |
| GRADO III | Peritonitis purulenta                                                                     | Diverticulitis aguda complicada    |
| GRADO IV  | Peritonitis fecaloidea                                                                    | Diverticulitis aguda complicada    |



**Figura 1:** Presencia de imágenes diverticulares del sigmoides medio y distal



**Figura 2:** Pieza anatómica extraída del paciente

## DISCUSIÓN

La enfermedad diverticular (ED) representa una de las modificaciones anatómicas más habituales del colon, con un impacto socioeconómico y médico considerable que afecta predominantemente a poblaciones de edad avanzada, alcanzando una prevalencia del 65% en individuos mayores de 65 años. El caso de esta paciente de 73 años se alinea con la distribución epidemiológica clásica de la enfermedad, cuya patogenia actual se vincula estrechamente al envejecimiento demográfico, alteraciones de la motilidad colónica y factores dietéticos.

Clínicamente, la manifestación cardinal de la diverticulitis aguda (DA) es el dolor de inicio agudo en la fosa ilíaca izquierda. Si bien la paciente inició con esta presentación típica, la evolución de cinco días acompañada de náuseas, vómitos y persistencia del dolor generalizado alertó sobre una progresión hacia una variante complicada, las cuales constituyen el 25% de los casos de DA. A pesar de que los parámetros analíticos de ingreso mostraron leucocitos dentro de rangos normales, la marcada elevación de la Proteína C Reactiva (PCR: 148 mg/L) y el viraje hacia la neutrofilia (82%) reflejaron un proceso inflamatorio-infeccioso activo de consideración.

Para la evaluación de esta patología, los estudios por imágenes —con especial énfasis en la tomografía computarizada (TC)— resultan fundamentales para determinar el grado de compromiso anatómico, estratificar la severidad y guiar la toma de decisiones terapéuticas, superando las limitaciones de la ecografía inicial. En este caso, la TC simple de abdomen y pelvis fue el estudio de elección que constató un proceso diverticular sigmoideo con edema perientérico y burbujas aéreas, confirmando el escenario de una DA complicada. Mediante los hallazgos tomográficos y su correlación transoperatoria

(presencia de líquido purulento en el fondo de saco de Douglas y una tumoración inflamatoria de 7 cm con perforación libre), el cuadro se estratifica como una Diverticulitis Aguda Complicada Grado IIIa según la clasificación de Hinchey modificada.

El manejo terapéutico actual de la DA tiende hacia la individualización. Mientras que las formas no complicadas se manejan de manera conservadora o ambulatoria, los estadios Hinchey III y IV demandan de forma categórica una intervención quirúrgica de urgencia para resección segmentaria, desaconsejándose el lavado y drenaje aislado. Ante los hallazgos de perforación y peritonitis purulenta local, la elección táctica de realizar una sigmoidectomía con confección de colostomía terminal y cierre del muñón distal (procedimiento de Hartmann) resultó plenamente adecuada y ajustada a las guías de práctica clínica internacionales para el control de la sepsis en contextos agudos.

Finalmente, el estudio histopatológico confirmó el diagnóstico definitivo de enfermedad diverticular complicada al reportar infiltrado inflamatorio agudo y crónico, necrosis y hemorragia peri-colónica, excluyendo concomitantemente procesos neoplásicos malignos en los márgenes de resección. El curso posoperatorio favorable de la paciente y su derivación a coloproctología para programar la restitución del tránsito demuestran el éxito del abordaje quirúrgico oportuno ante una emergencia colorrectal de alta morbimortalidad.

La importancia de este estudio fue la infrecuencia en la que se presenta este tipo de caso, la presencia de un divertículo gigante; la correlación existente entre la clínica y el estudio de imágenes sirvieron en la toma de decisión adecuada para la terapéutica de la paciente.

## REFERENCIAS

- 1- S. Kheiri Vázquez, C. Usón Peirón, N. García Martín, Enfermedad diverticular, Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, Volume 14, Issue 4, 2024, Pages 192-201, ISSN 0304-5412, <https://doi.org/10.1016/j.med.2024.02.022>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541224000477>)
- 2- Sílvia Castellet, Naiara Becerril, Lorena Rodríguez-Alonso, Francisco Rodríguez-Moranta, La enfermedad diverticular sintomática, FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria, Volume 31, Issue 2, 2024, Pages 92-97, ISSN 1134-2072, <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2023.06.009>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134207223002542>)
- 3- Martínez-Pérez Carolina, GarcíaCoret María José, Villalba-Ferrer Francisco L. La enfermedad diverticular hoy. Revisión de la evidencia. Rev. cir. [Internet]. 2021 Jun [citado 2026 Feb 08] ; 73( 3 ): 322-328. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2452-45492021000300322&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492021000300322&lng=es). <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492021003868>.
- 4- Dominguez Velastegui CM, Barragán Cisneros AM, Tobar Tinoco AG, Franco Salas JC, Ramos Condemaita KA. Diagnóstico y manejo de enfermedad diverticular complicada - Revisión narrativa. IBEROJHR [Internet]. 17º de julho de 2025 [citado 8º de fevereiro de 2026];5(2):44-51. Disponível em: <https://health.iberojournals.com/index.php/IBEROJHR/article/view/762>
- 5- Hunt, Cameron, WBS; Chaturvedi, Ruchir, BS; Brown, Lev, BA; Stafford, Caitlin, BS; Cauley, Christy, EMD, maestría en salud pública; Goldstone, Robert, NMD; Francone, Todd, DMD, maestría en Salud Pública; Kunitake, Hiroko, MD, maestría en Salud Pública; Bordeianou, Liliana, MD, MPH; Ricciardi, Rocco, MD, MPH .Epidemiología de la enfermedad diverticular: aumento de las tasas de mortalidad por enfermedad diverticular en los países en desarrollo. Enfermedades del Colon y el Recto 64(1):p 81-90, enero de 2021. | DOI: 10.1097/DCR.0000000000001804 [https://journals.lww.com/dcrjournal/abstract/2021/01000/diverticular\\_disease\\_epidemiology\\_rising\\_rates\\_of.16.aspx](https://journals.lww.com/dcrjournal/abstract/2021/01000/diverticular_disease_epidemiology_rising_rates_of.16.aspx)
- 6- Divertículo gigante, manejo y revisión de literatura a partir de un caso de diverticulitis aguda complicada resuelto por vía laparoscópica con anastomosis primaria. Rev. Argent. Coloproctol. [Internet]. 2023 Oct. 2 [cited 2026 Feb. 8];35(2). Available from: <https://revistasacp.com/index.php/revista/article/view/256>
- 7- Divertículo Gigante Solitario de colon sigmoide. Rev. Argent. Coloproctol. [Internet]. 2024 Mar. 7 [cited 2026 Feb. 8];35(1). Available from: <https://revistasacp.com/index.php/revista/article/view/247>
- 8- Giménez-Francés Clara, Peña-Ros Emilio, López-Morales Pedro, Marín-Blázquez Antonio Albarracín. Divertículo gigante de colon como causa infrecuente de abdomen agudo. Rev. cir. [Internet]. 2022 Ago [citado 2026 Feb 08] ; 74( 4 ): 337-338. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2452-45492022000400337&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492022000400337&lng=es). <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920220041562>
- 9- Ayala R, Tilleria F, Yanagida F, Galeano F. Hallazgos e indicaciones en colonoscopías realizadas en el Servicio de Cirugía General del Hospital Regional de Encarnación-Paraguay- periodo 2020-2021. UNIDA Sld. [Internet]. 25 de enero de 2024 [citado 8 de febrero de 2026];3(1):1-4. Disponible en: <https://revistacientifica.unida.edu.py/publicaciones/index.php/unidasld/article/view/198>
- 10- Zambrano N<sup>[1]</sup>; Cárdena C<sup>[1]</sup>; Sánchez k<sup>[1]</sup>; Pincay Juan<sup>[1]</sup> Enfermedad diverticular: manejo quirúrgico RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento, ISSN-e 2588-073X, Vol. 5, Nº. 1, 2021, págs. 175-183
- 11- Lalvay Zambrano DS. Actualización del manejo clínico-terapéutico según la clasificación de Hinchey modificada de la enfermedad diverticular. Revisión sistemática [tesis de grado]. Azogues: Unidad Académica de Salud y Bienestar, Carrera de Medicina, Universidad Católica de Cuenca; 2024. <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/114d1386-2203-49a2-9d87-ccfb6debab3d/content>