

Mujer de 60 años, natural de Murcia, con antecedentes de HTA, colecistitis hace un año con colecistectomía laparoscópica en otro hospital, fumadora de 10 cigarrillos/día y obesidad moderada (IMC 34). Ha tenido varios episodios de diverticulitis no complicada en los últimos 2 años, y el último hace 10 meses. Desde entonces, en seguimiento en Consulta Externa de Coloproctología.

La enferma acude a Consultas Externas para revisión programa. Refiere desde hace 10 días dolor continuo, no peritonítico, en hipogastrio y FID; en los 2 días previos no ha defecado, y sí refiere tránsito a gases. Nota febrícula (37,5°C) sin náuseas ni vómitos. En el control previo la calprotectina fecal (CF) es de 50 mcg/g; en la muestra de heces tomada en la semana previa la CF es de 200. Se remite a Urgencias del hospital para valoración, con la sospecha inicial de recurrencia de diverticulitis vs apendicitis aguda; se solicita ecografía abdominal y estudio analítico completo. TA 140/67 mmHg, FC 70/min, FR 12/min, T^a 36,8 °C, SaO₂ 98% (aire ambiente). La exploración física muestra dolor en hipogastrio, con defensa localizada, silente. La ecografía muestra sigma redundante con divertículos en su pared, con engrosamiento de la pared de sigma y de la grasa del meso, no se identifica el apéndice. La analítica muestra: PCR 80 mg/l, 15000 leucocitos/mm³ (N 90%), Hb 10 g/dl, con restantes valores dentro de la normalidad. Se solicita TC abdominal con contraste que muestra hallazgos similares a los de la ecografía, es decir, diverticulitis aguda de sigma no complicada. Se clasifica el caso como de diverticulitis aguda no complicada, y se remite a su domicilio en tratamiento con ciprofloxacino y metronidazol vía oral durante 10 días y analgesia convencional, y se le indica que vuelva para control clínico en 48 horas. La residente de Cirugía se plantea si existe relación entre la elevación de CF y recurrencia de la diverticulitis, incluso a posteriori, aunque no haya clínica acompañante. Le comenta a su adjunto la lectura del artículo de Tursi (XXXX) , y se plantean tras su lectura varias cuestiones:

- ¿está indicado realizar de forma sucesiva ecografía y TC abdominal con contraste en estos enfermos?

- ¿tendría sentido solicitar, a semejanza de lo que se plantea en la enfermedad inflamatoria intestinal, niveles de CF de forma periódica, por ejemplo semestral, para detectar recurrencias de diverticulitis en pacientes clínicamente controlados?