



Apendicitis aguda y divertículos del apéndice cecal. Informe de un paciente

Acute appendicitis and cecal appendix diverticuli. Report on one patient.

Dr. Leopoldo Rivero Trejo,

Dr. Francisco Cardoza Macías.

Resumen

Objetivo: Describir el caso clínico de un paciente con apendicitis aguda y divertículos del apéndice cecal.

Sede: Hospital General de segundo nivel de atención.

Descripción del caso: Hombre de 38 años de edad con dolor en epigastrio y mesogastrio de 96 horas de evolución, después en la fosa ilíaca derecha. A la exploración física del abdomen con datos de irritación peritoneal. Fue sometido a intervención quirúrgica, encontrando apendicitis aguda perforada con múltiples divertículos del apéndice cecal; se realizó appendicectomía sin evidencia de divertículos en ciego y colon ascendente. El estudio anatopatológico informó apendicitis aguda y diverticulosis del apéndice cecal. La evolución del paciente fue satisfactoria.

Conclusión: Los divertículos del apéndice cecal son poco frecuentes, la tasa de complicaciones descrita en la literatura es alta y el diagnóstico es el mismo que el de una apendicitis aguda. El tratamiento es appendicectomía, como lo es también en caso de diagnóstico incidental durante una laparotomía por otras razones. En caso de diagnóstico por colon por enema o sospecha por placa simple de abdomen, el manejo es expectante.

Palabras clave: Apéndice cecal, enfermedad diverticular, apendicitis

Cir Gen 2000; 22:351-353

Abstract

Objective: To describe the clinical case of a patient with acute appendicitis and diverticuli of the cecal appendix.

Setting: Second health care level general hospital.

Case description: A 38 years old man with epigastric and mesogastric pain of 96 hours evolution, behind the right iliac fosse. Abdominal exploration revealed peritoneal irritation. He was subjected to surgery, which revealed acute perforated appendicitis with multiple diverticuli of the cecal appendix. Appendectomy was performed without evidences of diverticuli on the ascending cecum and colon. The anatomo-pathologic study reported acute appendicitis and diverticulosis of the cecal appendix. The patient evolved satisfactorily.

Conclusion: Diverticuli of the cecal appendix are uncommon, the complication rate described in the literature is high, and its diagnosis is the same as for acute appendicitis. Treatment consists of appendectomy, the same is indicated when incidentally discovered during a laparotomy performed for other reasons. In case of diagnosis through colon by enema or suspected from a simple abdominal X-ray, treatment must be expectant.

Key words: Cecal appendix, appendicitis, appendectomy, diverticular disease.

Cir Gen 2000; 22:351-353

Servicio de Cirugía General del Hospital General «Juan María de Salvatierra» de la Secretaría de Salud en la Paz B.C.S.

Recibido para publicación: 13 de julio de 1999

Aceptado para publicación: 4 de octubre de 1999

Correspondencia a: Dr. Leopoldo Rivero Trejo, Bahía de Concepción No. 137, Colonia FOVISSSTE, 23080, La Paz, B.C.S.

Tels: (01112) 1 15 80, e-mail:cassyp@bcs1.telmex.net.mx

Introducción

La fisiopatología de la apendicitis aguda se relaciona preponderantemente con un problema obstructivo de la luz apendicular, ocasionada comúnmente por hiperplasia de folículos linfoides¹ o por fecalitos² y, en menor proporción, semillas, tumores y parásitos entre otros.

Los divertículos del apéndice cecal raramente se informan como causa de apendicitis aguda. Escasa información aparece en algunos textos antiguos.³

Los pocos estudios publicados, que establecen una frecuencia que varía entre el 0.65 y el 2%, coinciden en que la perforación es la característica clínica más relevante ya que ocurre con una frecuencia cuatro veces mayor que en los casos de apendicitis aguda no relacionada a divertículos del apéndice.⁴⁻⁷

El hallazgo de múltiples divertículos en un caso de apendicitis aguda perforada operado en nuestra institución motivó interés en la revisión del tema y comunicar nuestra experiencia.

Presentación del caso

Se trató de un paciente del sexo masculino, de 38 años de edad que se presentó en la sala de urgencia del hospital con historia de dolor abdominal de 98 horas de evolución, que se inició en epigastrio y mesogastro, con carácter ardoroso, para localizarse, varias horas después, en la fossa ilíaca derecha con aumento en la intensidad, continuo, exacerbado con movimientos y mitigado con el reposo. Se acompañó de náuseas, vómitos y fiebre que no se cuantificó. A la exploración física se encontró un paciente quejumbroso con temperatura de 38°C, pulso de 110 por minuto y tensión arterial de 110/70 mm Hg. El abdomen plano, con hiperestesia, hiperbaralgésia, dolor a la palpación y signo de rebote positivo en la fossa ilíaca derecha, peristalsis ausente.

Los datos relevantes de laboratorio fueron leucocitosis de 15,600 con 82% de neutrófilos. La placa simple de abdomen mostró algunas asas de intestino delgado con gas y unas imágenes radioopacas, redondeadas, de 3 a 5 mm de diámetro en la fossa ilíaca derecha (**Figura 1**).

Con el diagnóstico de apendicitis aguda probablemente complicada se sometió, bajo anestesia general, a laparotomía paramedial derecha. Se encontró un plastrón de epiplón que contenía al apéndice inflamado, con perforación en la punta, colección de pus y la presencia de múltiples, pequeños divertículos en la base y el cuerpo, algunos ocupados por fecalitos. Se hizo apendicectomía con inversión del muñón con jartera. Se irrigó la zona operatoria y se drenó con dos canalizaciones de penrose exteriorizados por el contra-abertura. La herida quirúrgica se cerró dejando dos catéteres para drenaje cerrado con succión continua e irrigación intermitente con solución de antibióticos durante cuatro días, además de antibióticos parenterales. Egresó del hospital al quinto día y su evolución, sin complicaciones, fue seguida en la consulta externa hasta su alta al cumplir cuatro semanas.



Figura 1. Placa simple de abdomen. En el extremo inferior izquierdo se observan imágenes radio-opacas

El estudio histopatológico informó de un apéndice cecal de 8 cm de largo por 1 cm de diámetro, mostraba en la superficie la serosa despidida y congestiva, con la presencia de múltiples formaciones saculares desde la base hasta la punta, con diámetro entre 2 mm y 12 mm (**Figura 2**). En el estudio microscópico

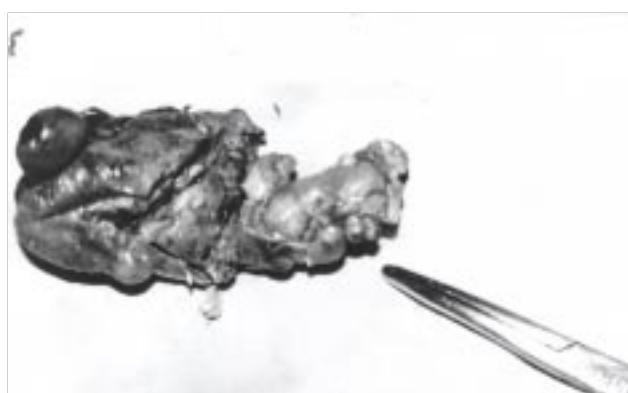


Figura 2. Pieza quirúrgica. Apéndice cecal con múltiples divertículos pequeños en la base.

se observó la mucosa erosionada y con invaginación hasta la serosa, en el interior de las saculaciones se observaron calcificaciones.

Discusión

Hicimos una revisión de los archivos del servicio de Patología del 1º de enero de 1993 al 31 de diciembre de 1997 y encontramos 570 informes de estudio de apéndices cecales sin encontrar un caso de divertículos del apéndice además del que es motivo de este informe.

Es indudable que, en nuestro medio, la diverticulosis del apéndice cecal es una entidad poco frecuente, aunque es comprensible que puedan obtenerse cifras de frecuencia mayor si existe el propósito de buscar los divertículos. La frecuencia del 1 al 2% observadas en instituciones de Estados Unidos^{5,7} y de Inglaterra⁴ puede significar un mayor celo en la búsqueda de esta patología o simplemente reflejan una mayor frecuencia de divertículos del colon.

Mucho énfasis se ha hecho en las características clínicas de la apendicitis relacionada a divertículos para diferenciarla de la apendicitis común.⁵⁻⁸ Creemos que no tiene sentido ya que ambas terminarán en apendicectomía y que es innecesario el ejercicio clínico. La presentación clínica de la apendicitis aguda es de por sí, muy variada.

Es importante, sin embargo, el hecho bien reconocido que los divertículos del apéndice se relacionan con una tasa elevada de perforación,^{4,6-8} como en nuestro caso, que se traduce en una mayor morbilidad, riesgo y costo. ¿Qué conducta asumir en el caso de que diagnostiquemos divertículos del apéndice con un colon por enema, los sospechamos con una placa simple de abdomen por la observación de fecalitos en la fosa ilíaca derecha o los encontremos incidentalmente durante la laparotomía?

En las primeras dos eventualidades, diagnóstico mediante el colon por enema o sospecha con la placa simple de abdomen, debe advertirse al paciente que en caso de presentar dolor abdominal, debe de buscar atención médica temprana e informar a sus médicos de los divertículos con el fin de que, de estar indi-

cado, no se retrase un tratamiento quirúrgico. Opinamos que no está indicada una apendicectomía profiláctica.

En la tercera eventualidad, encontrar divertículos del apéndice al explorar el abdomen, por cualesquier razones, debe de hacerse apendicectomía incidental⁹, profiláctica, si no existen contraindicaciones como sería el caso de una laparotomía para aplicar prótesis vasculares.

Conclusión

Se trata de una entidad patológica, poco frecuente en nuestro medio. La perforación es común y no es factible, ni práctico, la diferenciación clínica entre apendicitis aguda común y la relacionada con divertículos del apéndice.

Referencias

1. Sabiston DC, Jr. Appendicitis. In: Sabiston DC, Leterly HK. *Textbook of Surgery: The biological basis of modern surgical practice*. 15th Edition. WB Saunders Company, Philadelphia 1997: 964-970.
2. Kozar RA, Roslyn JJ. The appendix. In: Schwartz SI, Shires G, Spencer FC. *Principles of surgery*. 6th Edition. New York McGraw-Hill Inc 1999: 1383-1394.
3. Shackelford TR. The colon disease of the appendix, In: *Surgery of the alimentary tract*. Philadelphia U.S.A. W.B. Saunders Company. 1965: 1393-361.
4. Wetzig NR. Diverticulosis of the vermiform appendix. *Med J Aust* 1986; 145: 464-5.
5. Payan HM. Diverticular disease of the appendix. *Dis Colon Rectum* 1977; 20: 473-6.
6. Delikaris PS, Teglbaerg PS. Fisker-Sorensen P, Balslev I. Diverticula of the vermiform appendix: alternatives of clinical presentation and significance. *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 374-6.
7. Lipton S, Estrin J, Glasser Y. Diverticular disease of the appendix. *Surg Gynecol Obstet* 1989; 168: 13-6.
8. Garza Alvarez R, de la Torre G, Melgoza Montañez D. Enfermedad diverticular del apéndice cecal. *Rev Sanid Mil* 1993; 47: 169-71.
9. Porro NN. Diverticulitis del apéndice cecal. Presentación de un caso. *Rev Sanid Mil* 1993; 47: 142-3.