

Diverticulitis cecal y cirugía laparoscópica asistida. ¿Son compatibles?

Presentación de un caso

*Cecal diverticulitis and assisted laparoscopic surgery. Are they compatible?
A case presentation*

Dr. Adrián Murillo Zolezzi, Dr. Carlos Belmonte Montes, Dr. Víctor Hugo Guerrero Guerrero, Dr. Carlos Cosme Reyes, Dr. Pablo Daniel Murakami Morishige

Resumen

Objetivo: Exponemos un caso de diverticulitis cecal diagnosticado por medio de tomografía axial computada, que se manejó con resección ileocólica asistida por laparoscopia.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención (Centro Médico ABC).

Diseño: Reporte de caso.

Descripción del caso: Masculino de 37 años quien inició 18 h antes con dolor abdominal opresivo, en epigastrio y que posteriormente se tornó difuso, intensidad 7/10, constante, acompañado por fiebre no cuantificada, escalofríos y náusea intensa sin llegar al vómito. Refirió un cuadro similar 6 meses antes. A la exploración física se encontró un abdomen doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho y epigastrio con rebote negativo. Se realizaron estudios de gabinete que mostraron leucocitosis. En la tomografía computada se observó un divertículo cecal inflamado. Se le realizó una resección íleo-cólica laparoscópica asistida. Curso un post-operatorio adecuado y egresó en buenas condiciones.

Conclusión: El diagnóstico de la diverticulitis cecal es raro. Es una entidad poco común y su presentación clínica es sugestiva de la apendicitis aguda. La tomografía computada facilita el diagnóstico diferencial. El tratamiento asistido por laparoscopia puede ser una alternativa factible, que proporciona los beneficios de una recuperación más expedita, un mejor resultado cosmético y un retorno más rápido a las actividades diarias.

Abstract

Objective: We present a case of cecal diverticulitis diagnosed through CAT scan, which was managed with laparoscopic assisted ileo-colic resection.

Setting: Third level health care hospital (ABC medical center).

Design: Case report.

Description of the case: Male patient, 37-year-old, who started 18 h before with oppressive abdominal pain, in the epigastrium, which later turned diffuse, intensity 7/10, constant, accompanied by non-quantified fever, chills, and intense nausea without vomiting. He referred having had a similar condition 6 months before. Physical exploration revealed painful abdomen to deep palpation in the right hypochondrium and epigastrium with negative rebound. Tests revealed leukocytosis. The TAC scan revealed an inflamed cecal diverticulum. He was subjected to a laparoscopic assisted ileo-colic resection. The post-operative period was uneventful and he was discharged in good conditions.

Conclusion: The diagnosis of cecal diverticulitis is rare. It is an uncommon entity and its clinical presentation is suggestive of acute appendicitis. TAC scan enables a differential diagnosis. Laparoscopy-assisted treatment can be a feasible alternative, which provides the benefits of a faster recovery, a better cosmetic result, and a faster return to daily activities.

Departamento de Cirugía General del Centro Médico ABC.

Recibido para publicación: 15 abril 2009

Aceptado para publicación: 18 mayo 2009

Correspondencia: Dr. Adrián Murillo Zolezzi. The American British Cowdray Medical Center IAP.

Sur 136 Núm. 116 Col. Las Américas, Delegación Álvaro Obregón.

01120 México, D.F. Tel. 52 30 80 00 ext. 8661

E-mail: dradrianmurillo@gmail.com

Palabras clave: Diverticulitis cecal, laparoscopia, cirugía.

Cir Gen 2009;31:192-195

Key words: Cecal diverticulitis, laparoscopy, surgery.

Cir Gen 2009;31:192-195

Introducción

La diverticulitis cecal es un padecimiento poco frecuente en los países occidentales, con una incidencia reportada en apendicectomías de 1 en 300.¹ Los divertículos del ciego se pueden presentar como un hallazgo radiográfico (sin inflamación), como un sangrado de tubo digestivo, o más frecuentemente como inflamación aguda,^{2,3} lo que representa un reto diagnóstico dado que por sus características asemeja el cuadro de una apendicitis aguda.² El diagnóstico pre-operatorio correcto se realiza en 4 a 16% de los casos.³ El uso más frecuente de la tomografía computada, como estudio de imagen de elección, en la valoración del dolor abdominal del lado derecho ha permitido realizar el diagnóstico preoperatorio con mayor certeza (90-95%). Los hallazgos tomográficos incluyen aumento en el grosor de la pared colónica, una masa extraluminal, inflamación de la grasa pericólica y engrosamiento de los planos faciales adyacentes.³

Los pacientes en quienes se les realiza el diagnóstico de diverticulitis no complicada en el pre-operatorio pueden ser tratados médica o quirúrgicamente, existiendo debate acerca de la mejor opción. Oudenhoven et al. reportaron que esta enfermedad tiende a seguir un curso benigno y autolimitado, por lo que recomiendan manejo médico con antibióticos si se realiza el diagnóstico en el pre-operatorio.^{4,5} Sin embargo, Fang et al. difieren de esta opinión. En su estudio, de 33 pacientes en los que se pudo realizar el diagnóstico de manera pre-operatoria, 15 requirieron cirugía por perforación del divertículo cecal por falla del tratamiento conservador o por recurrencia frecuente.⁶

En cuanto a la diverticulitis no complicada recurrente, Yang et al. concluyen que se debe individualizar el tratamiento según el paciente. El tratamiento médico es una alternativa eficiente y segura, sin embargo la colectomía puede ser una alternativa factible y es el único método terapéutico que resuelve la condición de manera definitiva.⁷

El tratamiento laparoscópico de la enfermedad diverticular del ciego es factible, aun en condiciones de emergencia. Connolly et al. refieren que el manejo laparoscópico de la diverticulitis cecal es factible siempre y cuando el cirujano tenga suficiente experiencia.⁸ Jimmy C.M. et al. compararon 18 casos, 6 de ellos manejados por vía laparoscópica asistida y concluyeron que los pacientes tratados por vía laparoscópica tuvieron menor pérdida sanguínea durante la cirugía, un menor tiempo a retorno de función intestinal y un menor índice de complicaciones postquirúrgicas.⁹

El presente es el reporte de un caso de diverticulitis cecal recurrente manejado quirúrgicamente por vía laparoscópica.

Paciente y métodos

Se trata de un paciente masculino de 37 años, quien refirió un cuadro similar 6 meses previo al padecimiento actual, que inició 18 h antes con dolor abdominal tipo opresivo, que inició en epigastrio y posteriormente se torna difuso de predominio en cuadrantes superiores, intensidad 7/10, constante. Exacerbado con el movimiento y atenuado con el reposo. Acompañado por fiebre no cuantificada, escalofríos, cefalea y náusea intensa sin llegar al vomito. Presentó adelgazamiento de las heces acompañadas por moco, sin sangre.

A la exploración física: TA 120/70 mmHg, FC 70 LPM, FR 18 RPM, afebril.

Se encontró con adecuada hidratación de mucosas orales. Cardiopulmonar estable. El abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda de hipocondrio derecho y epigastrio, Von Blumberg negativo. Sin plastrón palpable o visceromegalias.

Se le realizaron estudios de gabinete donde se observó leucocitosis (16,000/ μ L). Posteriormente se le realizó una tomografía computada donde se observó un divertículo cecal inflamado con afección de la grasa pericecal (**Figura 1**).

Inició tratamiento médico con antibiótico y ayuno (ciprofloxacino 400 mg IV cada 12 h y metronidazol 500 mg IV cada 8 h). En su primer día de tratamiento presentó disminución del dolor y normalización de leucocitos (5,800/ μ L). Tomando en consideración que se trataba de un cuadro recurrente, se programó para cirugía, realizándose una resección ileocólica laparoscópica asistida por medio de tres trócares y una pequeña incisión en línea media (**Figura 2**); se encontró un divertículo cecal perforado y sellado (**Figura 3**). Cursó el



Fig. 1. Tomografía abdominal. Flecha negra larga divertículo cecal. Flecha negra corta grasa pericecal inflamada.

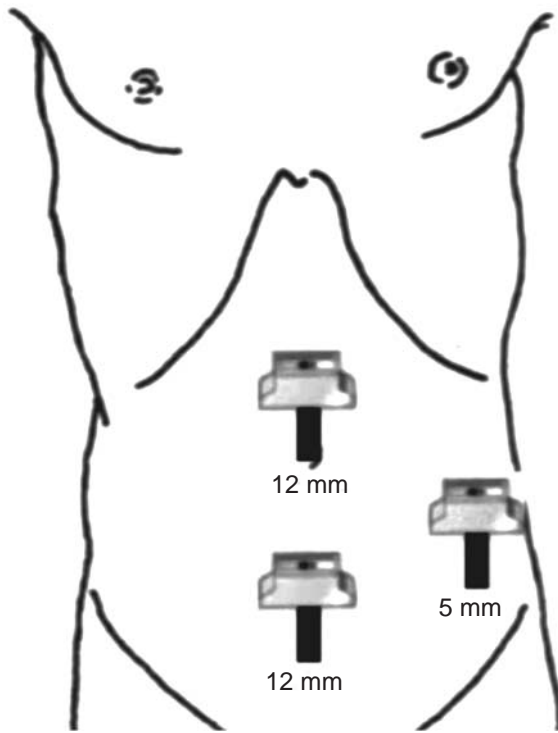


Fig. 2. Colocación de puertos laparoscópicos.

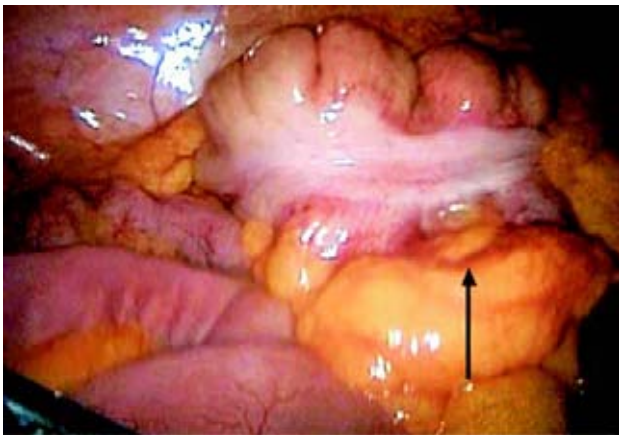


Fig. 3. Vista laparoscópica. Flecha negra larga divertículo cecal perforado y sellado.

post-operatorio de manera favorable. Toleró líquidos e inició ambulación en el post-operatorio 1. En el post-operatorio 2 se observaron datos de infección de herida quirúrgica, por lo que se retiraron grapas de la misma y se agregó vancomicina 2 g IV cada 8 h. Presentó resolución y egresó en el post-operatorio 5.

Discusión

La diverticulitis cecal es una enfermedad poco frecuente, que solamente se diagnostica correctamente de manera preoperatoria en el 4 a 16% de los casos. Ge-

neralmente se diagnostica durante la cirugía al operar un paciente por apendicitis aguda y encontrar como hallazgo el divertículo y una masa inflamatoria o un absceso. Cuando se realiza el diagnóstico de manera preoperatoria es porque se realizaron estudios de imagen (US, TAC o RM) en la valoración del paciente y se observó engrosamiento de la pared del colon e inflamación de la grasa pericolónica. Hay que tomar en cuenta, al elegir el estudio de imagen, que el ultrasonido tiene una sensibilidad y especificidad alta, es un estudio que no expone al paciente a radiación ionizante, hay más disponibilidad y es de bajo costo.

Nuestro caso es el de un paciente joven, en quien se realizó el diagnóstico de diverticulitis cecal recurrente de manera preoperatoria, observándose en la tomografía un divertículo cecal con inflamación de la grasa pericolónica. Se decidió realizar manejo quirúrgico, dada la edad del paciente y el hecho que era un segundo cuadro, además de considerar el estilo de vida del paciente (trabajo que implica viajes continuos a áreas de todo tipo, incluyendo algunas sin infraestructura médica adecuada).

Es importante recalcar que el manejo de estos pacientes aún es controversial. Si se realiza el diagnóstico de manera preoperatoria y se trata de una diverticulitis no complicada, el tratamiento de elección con un alto índice de éxito es reposo intestinal y antibióticos intravenosos, sin embargo, se espera que 20% de los pacientes tratados de esta manera experimenten un segundo episodio a 3 años.¹⁰ Un ataque recurrente no complicado se puede manejar con antibioticoterapia o con resección del segmento afectado. La ventaja del manejo quirúrgico es que se logra un tratamiento definitivo de la enfermedad. El manejo de la condición que se descubre durante la cirugía varía según la presentación. Si el hallazgo es el de una diverticulitis complicada (perforación o absceso) la colectomía es el procedimiento de elección.⁸ En el caso de la diverticulitis no complicada es donde hay mayor controversia. Ngoi et al. favorecen el manejo conservador con apendicectomía con o sin drenaje o diverticulectomía con apendicectomía.¹¹ Sin embargo, otros autores favorecen un manejo más agresivo con colectomía.^{6,7,12}

No hay series grandes que traten exclusivamente el tema de cirugía laparoscópica en el tratamiento de la diverticulitis cecal. La base de datos Cochrane describe los resultados de varios estudios que comparan la cirugía colorrectal laparoscópica asistida con la cirugía colorrectal abierta. Observan múltiples beneficios de la cirugía laparoscópica, con una morbilidad menor y una mortalidad similar a lo observado en la cirugía convencional.¹³

Por tanto, podemos concluir que los cuadros de diverticulitis cecal constituyen un reto diagnóstico y terapéutico con varios aspectos controversiales. El mayor uso de la tomografía computada y el ultrasonido han ayudado a incrementar su diagnóstico preoperatorio y con ello a poder individualizar el mejor tratamiento en cada caso. El presente caso se trató de un cuadro recurrente de diverticulitis cecal en un paciente joven

con viajes frecuentes, por lo que se decidió efectuar tratamiento quirúrgico resectivo por vía laparoscópica con buenos resultados.

Referencias

1. Chiu JH, Lin JT, Lin JK, Leu SY, Lian CL, Wang FM. Diverticular disease of the colon. *J Surg Asso* 1987; 20: 102-108.
2. Papaziogas B, Makris J, Koutelidakis I, Paraskevas G, Oigonomou B, Papadopoulos E, et al. Surgical management of cecal diverticulitis: Is diverticulectomy enough? *Int J Colorectal Dis* 2005; 20: 24-27.
3. Telem Dana A, Buch KE, Nguyen SQ, Chin EH, Weber KJ, Divino CM. Current recommendations on diagnosis and management of right-sided diverticulitis. *Gastroenterol Res Pract* 2009; 2009: 359485. Epub 2009 Mar 24.
4. Oudenhoven LF, Koumans RK, Puylaert JB. Right Colonic diverticulitis: US and CT findings — new insights about frequency and natural history. *Radiology* 1998; 208: 611-618.
5. Lane JS, Sarkar R, Schmit PJ, Chandler CF, Thompson JE Jr. Surgical approach to cecal diverticulitis. *J Am Coll Surg* 1999; 188: 629-634.
6. Fang JF, Chen RJ, Lin BC, Hsu YB, Kao JL, Chen MF. Aggressive resection is indicated for cecal diverticulitis. *Am J Surg* 2003; 185: 135-140.
7. Yang HR, Huang HH, Wang YC, Hsieh CH, Cheng PK, Jeng LB, et al. Management of right colon diverticulitis: A 10 year experience. *World J Surg* 2006; 30: 1929-1934.
8. Connolly D, McGookin RR, Gidwani A, Brown MG. Inflamed solitary caecal diverticulum — it is not appendicitis, what should I do? *Ann R Coll Surg Engl* 2006; 88: 672-674.
9. Li JC, Ng SS, Lee JF, Yiu RY, Hon SS, Leung WW, Leung KL. Emergency laparoscopic-assisted versus open right hemicolectomy for complicated cecal diverticulitis: a comparative study. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2009; 19: 479-83.
10. Komuta K, Yamanaka S, Okada K, Kamohara Y, Ueda T, Makimoto N, et al. Toward therapeutic guidelines for patients with acute right colonic diverticulitis. *Am J Surg* 2004; 187: 233-237.
11. Ngoi SS, Chia J, Goh MY, Sim E, Rauff A. Surgical management of right colon diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 799-802.
12. Lo CY, Chu KW. Acute diverticulitis of the right colon. *Am J Surg* 1996; 171: 244-246.
13. Schwenk W, Haase O, Neudecker J, Müller JM. Short term benefits for laparoscopic colorectal resection. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 20: CD003145.