

Diverticulitis cecal. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Cecal diverticulitis. Presentation of one case and review of the literature

Dra. Zoraida del Carmen Maya Martínez, Dr. Guillermo Padrón Arredondo

Resumen

Objetivo: Presentar un caso con diverticulitis cecal y la toma de decisión terapéutica que implica al diagnosticarlo.

Sede: Hospital Integral Playa del Carmen, Q. Roo.

Diseño: Presentación de caso.

Descripción del caso: Masculino de 23 años de edad, que acudió al Servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal difuso tipo cólico. Con la sospecha diagnóstica de apendicitis aguda se decidió intervención quirúrgica encontrando una lesión inflamatoria de aproximadamente 1 cm con halo eritematoso en cara anterior del ciego aproximadamente a 2 cm de la válvula ileocecal sin perforación evidente. Se realizó hemicolectomía derecha y anastomosis primaria ileocólica término-terminal en dos planos. Fue dado de alta al 5to día postoperatorio con buena evolución. El estudio histopatológico de la pieza reveló la existencia de periapendicitis aguda secundaria, divertículo cecal inflamado con coprolito impactado y peritonitis aguda reactiva.

Conclusión: El proceso inflamatorio es causado por un fecalito. El diagnóstico diferencial, además de la apendicitis debe incluir la enteritis regional, diverticulitis de Meckel, perforación de carcinomas, colitis amibiana, enfermedad pélvica inflamatoria. En nuestro paciente se tomó la decisión de realizar la resección intestinal debido a que nos encontramos con duda diagnóstica y en un escenario propicio para esta decisión al contar con pocas horas de evolución, sin perforación macroscópica, sin abscesos o datos de peritonitis diseminada, con apéndice sano y paciente joven.

Palabras clave: Diverticulitis de ciego, hemicolectomía derecha, cirugía

Cir Gen 2010;32:125-127

Abstract

Objective: To present a case of cecal diverticulitis and the therapeutic decision taking implied in its diagnosis.

Setting: Hospital Integral Playa del Carmen, Q. Roo., Mexico.

Design: Case presentation.

Description of the case: A 23-year-old man that came to the emergency ward due to colic-type diffuse abdominal pain. Based on the diagnostic suspicion of acute appendicitis it was decided to perform surgery, finding an inflammatory lesion of approximately 1 cm with an erythematous halo in the anterior side of the cecum, approximately at 2 cm of the ileocecal valve without evident perforation. Right hemicolectomy and primary ileocolic termino-terminal in two planes anastomosis was performed. The patient was discharged on the 5th post-surgery day and evolving well. The histopathological study of the specimen revealed the presence of a secondary acute peri-appendicitis, inflamed cecal diverticulum with an impacted fecal stone and acute reactive peritonitis.

Conclusion: The inflammatory process is caused by a fecal stone. Differential diagnosis, aside from appendicitis, must include regional enteritis, Meckel's diverticulitis, perforation due to carcinoma, amebic colitis, inflammatory pelvic disease. In our patient, it was decided to perform an intestinal resection because we had diagnostic doubts and being in a favorable scenario for this decision since evolution time was short, with neither macroscopic perforation, abscesses nor data of disseminated peritonitis, with a healthy appendix, and a young patient.

Key words: Cecal diverticulitis, right hemicolectomy, surgery.

Cir Gen 2010;32:125-127

Hospital Integral Playa del Carmen, Q. Roo.

Recibido para publicación: 30 enero 2009

Aceptado para publicación: 24 abril 2009

Correspondencia: Dra. Zoraida del Carmen Maya Martínez

30 Av. x calle 6 Nte. Local F Altos Col. Centro

77710 Playa del Carmen, Q. Roo Tel. 9999538399

zoraidamaya@hotmail.com

Este artículo también puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>

Introducción

Desde el primer caso de divertículo cecal descrito por Potier en el año 1912¹ se han publicado, la mayoría de las veces, casos clínicos aislados, lo cual demuestra la rareza del proceso, con excepción de algunas series mayores ocasionales. En todo caso, se debe diferenciar el divertículo solitario de ciego, presente en la población general con una frecuencia del 0.17%, de la enfermedad diverticular de colon con afección concomitante de ciego que puede aparecer hasta en 6.7%.²

La inflamación de un divertículo solitario de ciego es una forma poco común de enfermedad diverticular del colon, que debe ser considerada como una entidad diferente a la que se presenta en el colon izquierdo. Tanto la sintomatología como los hallazgos detectados en la analítica y en la radiografía simple de abdomen son similares a los de la apendicitis aguda y, por ello, el diagnóstico preoperatorio es difícil.

Los divertículos se presentan en el colon derecho en una tasa de 6.7 a 14% en países de occidente con una prevalencia de 1 a 2.5%, y entre ellos aproximadamente del 10 al 15% desarrollan diverticulitis. Greaney y cols.³ reportaron una incidencia de 1 en cada 1,000 laparotomías de urgencia por abdomen agudo.

Intraoperatoriamente también puede plantear problemas para el diagnóstico diferencial con procesos inflamatorios específicos o neoplásicos de ciego y hacer dudar sobre la técnica quirúrgica adecuada. El divertículo de ciego puede ser encontrado como lesión solitaria, como múltiples lesiones confinadas en el colon derecho o formando parte de una enfermedad diverticular generalizada de todo el colon.⁴

El objetivo del presente trabajo es presentar un caso con diverticulitis cecal y la toma de decisión terapéutica que implica al diagnosticarlo

Presentación del caso

Varón de 23 años de edad, que acudió al Servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal difuso tipo cólico acompañado de estado nauseoso, fiebre no cuantificada y malestar general de 24 horas de evolución sin otra sintomatología acompañante; como antecedente importante refería estreñimiento crónico. En la exploración física se encontró febrícula (37.5 °C) y resto de signos vitales normales con dolor a la presión media y profunda en la fosa iliaca derecha con Blumberg y maniobras del psoas y obturador positivos. En la analítica se observó únicamente leucocitosis (11,300 leucocitos), y en la radiografía de abdomen un asa de intestino delgado dilatada en la fosa iliaca derecha con borramiento del psoas. Con la sospecha diagnóstica de apendicitis aguda se decidió intervención quirúrgica urgente que consistió en una incisión media supra e infraumbilical con la cual se observó apéndice de aspecto normal, realizando apendicectomía iterativa, escasa cantidad de líquido seroso y una lesión inflamatoria de aproximadamente 1.5 cm con halo eritematoso y nats de fibrina en cara anterior del ciego aproximadamente a 2 cm de la válvula ileocecal sin perforación evidente (**Figuras 1 y 2**). Se revisó marco cólico sin encontrar enfermedad diverticular complementaria.

El paciente fue sometido a resección intestinal con hemicolectomía derecha y anastomosis primaria ileocecal término-terminal en dos planos. Al abrir la pieza quirúrgica fue que se encontró el divertículo con el coprolito impactado haciendo diagnóstico transoperatorio. Fue dado de alta al 5º día postoperatorio sin complicaciones. El estudio histopatológico de la pieza reveló la existencia de periapendicitis secundaria aguda, divertículo cecal inflamado con coprolito impactado y peritonitis reactiva aguda. Quedó pendiente colon por enema para revisión completa del colon y proceder correspondientemente.

Discusión

La mayoría de los autores concuerdan en que los divertículos solitarios son congénitos y parecen una entidad diferente a la enfermedad diverticular del colon sigmoide. Se ha observado que la diverticulitis cecal no incrementa su incidencia con la edad en la población general. En su fisiopatología, en la mayoría de los casos, el proceso inflamatorio es causado por un fecalito, el cual obstruye el lumen del divertículo, generando la diverticulitis. Lo cual coincide con nuestro caso.⁵



Fig. 1. Diverticulitis con fecalito.



Fig. 2. Fecalito fuera de lecho diverticular.

El diagnóstico diferencial, además de la apendicitis debe incluir la enteritis regional, diverticulitis de Meckel, perforación de carcinomas, colitis amibiana, enfermedad pélvica inflamatoria, causas menos frecuentes como actinomicosis y tuberculosis, por mencionar algunas, siempre y cuando nuestro paciente haya sido apendicectomizado anteriormente, de otra manera el diagnóstico final será durante el transoperatorio o en el postoperatorio.

En estudios de imagen que van desde una placa simple hasta una TAC, los divertículos cecales generalmente son un hallazgo, ya que cursan asintomáticos; y cuando éstos se complican la forma diagnóstica en su mayoría es transoperatoria. El uso de TAC de abdomen o de ultrasonido abdominal como métodos diagnósticos con la finalidad de distinguir entre una diverticulitis de una apendicitis aguda puede ser inútil, sobre todo cuando se está frente a un caso de dolor abdominal con datos de irritación peritoneal, donde está indicado realizar una exploración quirúrgica; aunque en casos no agudos son de gran utilidad.⁶

Durante el acto quirúrgico todavía pueden persistir problemas para un diagnóstico diferencial con procesos neoplásicos de ciego hasta en 40% de los casos. Las opciones terapéuticas son diversas y hay disparidad de criterios dependiendo de cada caso en particular. Entre las opciones terapéuticas se incluyen la hemicolectomía derecha, la cequectomía parcial y la diverticulectomía. Debemos considerar todas las situaciones posibles de presentaciones, que aconsejarán un tratamiento u otro.⁷

Algunos autores defienden el tratamiento conservador con antibioticoterapia, siempre que sea posible, ya que permiten realizar pruebas complementarias encaminadas a un diagnóstico preciso y descartar un proceso neoplásico o una enfermedad de Crohn; y otros optan por la resección ileocólica de entrada.⁸⁻¹¹

En nuestro paciente se tomó la decisión de realizar la resección intestinal debido a que nos encontramos con un escenario propicio para tal decisión, como pocas horas de evolución (24 hs), sin perforación macroscópica, sin abscesos o datos de peritonitis diseminada y con apéndice sano. Además de presentarse en un paciente joven con una evolución muy favorable para el mismo.¹²⁻¹⁴

Por otro lado, si en el curso de una laparotomía practicada por otro motivo se encuentra un divertículo cecal solitario, lo más prudente será invaginarlo mediante sutura "en bolsa de tabaco". No se recomienda el simple drenaje y apendicectomía porque pueden persistir los síntomas a largo plazo y hacer necesaria posteriormente una hemicolectomía derecha.

Otros autores aconsejan, ante un diagnóstico intraoperatorio por laparoscopia de diverticulitis cecal solitaria, la

apendicectomía y el tratamiento antibiótico postoperatorio, siempre que se descarte absceso y no haya evidencia de proceso neoplásico.¹⁵⁻¹⁸

Referencias

- Potier F. Diverticulite et appendicite. *Bull Mem Soc Anat (Paris)* 1912; 37: 29-31.
- Sardi A, Gorkli A, Singer JA. Diverticular disease of the cecum and ascending colon. A review of 881 cases. *Am Surg* 1987; 53: 41-5.
- Greany EM, Snyder WH. Acute diverticulitis of the cecum encountered at emergency surgery. *Am J Surg* 1957; 94: 270-81.
- Wagner DE, Zollinger RW. Diverticulitis of the cecum and ascending colon. *Arch Surg* 1961; 83: 436.
- Rodríguez-Sánchez I, Ramírez-Amescua FJ, López-Obregón M. Divertículo de ciego perforado. Reporte de un caso. *Rev Mex Coloproctol* 2008; 14: 29-32.
- Jang HJ, Lim HK, Lee SJ, Lee WJ, Kim EY, Kim SH. Acute diverticulitis of the cecum and ascending colon; the value of thin-section helical CT findings in excluding colonic carcinoma. *Am J Roentgenology* 2000; 174: 1397-402.
- Roka S, Herbst F. Invited commentary to: "Solitary cecal diverticulitis: report of a case". *Eur Surg* 2004; 36: 51-3.
- Li-Rung S, Shee-Chan L, Shou-Chuan S, Chin-Roa K, Sun-Yen C. Decision making in right-sided diverticulitis. *World J of Gastroenterol* 2003; 9: 606-8.
- Tubía-Landaberea JI, Palomar de-Luis M, Partearroyo N, Uriarte-Zaldúa C, López de Heredia-Armentia E, Gil Sánchez-Sainz de la Maza J, et al. Cartas al director. Diverticulitis solitaria de ciego. Presentación de 2 casos. *Cir Esp* 2001; 69: 420-1.
- Fang J, Chen R, Hsu Y, Kao J. Aggressive resection is indicated for cecal diverticulitis. *Am J Surg* 2003; 185: 135-40.
- Sinha A, Dalmia S. Diverticulectomy and primary closure of a ruptured inflamed cecal diverticulum in 12 years old: A case report. *Calc Med J* 2005; 3: 5-8.
- Sigaloff K, Van der Ver J, Beningna M. Cecal diverticulitis in an adolescent. *J Pediatr Gastr Nutr* 2005; 40: 603-5.
- Goné-Fernández A, Soto-Miranda MÁ, Romero y Huesca A. Divertículo solitario del ciego perforado. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Rev Fac Med UNAM* 2007; 50: 14.
- Lada P, Martinessi V. Present state in the surgical treatment of acute cecal diverticulitis. *Rev Fac Cien Med Cord* 2003; 60: 63-70
- Sarkar R, Bennion RS, Schmit PJ, Thompson JE. Emergent ileocectomy for infection and inflammation. *Am Surg* 1997; 63: 874-7.
- Abogunrin FA, Arya N, Somerville JE, Refsum S. Solitary cecal diverticulitis – a rare cause of right iliac fossa pain. *Ulster Med J* 2005; 72: 132-3.
- Chedid A, Domingues L, Chedid M, Willweek MM. Solitary diverticulum of the cecum: experience of a Brazilian General Hospital. *Arq Gastroent* 2003; 40: 216-9.
- Papapolychroniadis C, Kaimakis D, Fotiadis P. Perforated diverticulum of the cecum. A difficult preoperative diagnosis. Report of 2 cases and review of the literature. *Tech Coloproctol* 2004; 8: S116-S118.