

## Caso anatomo-clínico

# Divertículo solitario del ciego perforado. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía

Alberto Goné-Fernández,<sup>1</sup> Miguel Ángel Soto-Miranda,<sup>1</sup> Andrés Romero y Huesca<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Cirugía, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

<sup>2</sup> Departamento de Cirugía, Hospital General de Zona No. 30 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Programa de Maestría y Doctorado en Historia, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM.

### Introducción

En occidente la enfermedad diverticular del colon afecta típicamente el colon izquierdo.<sup>1</sup> Los divertículos se presentan en el colon derecho en una tasa de 6.7 a 14% en países de occidente<sup>2</sup> con una prevalencia de 1 a 2.5%,<sup>3</sup> y entre ellos aproximadamente del 10 al 15% desarrollan diverticulitis.<sup>4</sup> Greaney y cols.<sup>5</sup> reportaron una incidencia de 1 en cada 1,000 laparotomías de urgencia por abdomen agudo.

El divertículo cecal es una condición benigna que tiene su más alta incidencia en asiáticos,<sup>6</sup> según Nakaji<sup>7</sup> más del 70% de los japoneses presentan divertículos, predominantemente en el colon derecho. La distribución demográfica sugiere que los factores de riesgo principales son la genética y la raza.<sup>8</sup> También se ha visto que los pacientes con enfermedad diverticular del colon derecho presentan una motilidad anormalmente aumentada en la porción ascendente que se asocia con un aumento de la presión intraluminal.<sup>9</sup>

La mayoría de los divertículos del colon derecho son verdaderos a diferencia de los divertículos del sigmoides, los cuales son falsos.<sup>5</sup> Alrededor del 80% de los divertículos del colon ascendente están localizados en la cara anterior del ciego, cerca de la válvula ileocecal, en un área de 2 cm por arriba y 1 cm por debajo del nivel de la unión ileocecal.<sup>10</sup>

La primera descripción de un divertículo cecal perforado la realizó Poitiers en Francia en 1912;<sup>11</sup> a partir de esa fecha se han descrito aproximadamente novecientos casos en la bibliografía médica mundial.<sup>6</sup>

Usualmente los divertículos de ciego son asintomáticos y se vuelven evidentes cuando presentan inflamación, hemorragia o perforación. Las manifestaciones clínicas son semejantes a la apendicitis aguda.<sup>3</sup> Es extremadamente difícil distinguir entre estas dos patologías basándose sólo en la presentación clínica y el porcentaje de error diagnóstico es mayor al 90%,<sup>12</sup> la diverticulitis cecal es indistinguible a la apendicitis aguda antes de la cirugía.<sup>13</sup>

La terapéutica para el divertículo cecal solitario perforado varía con los hallazgos encontrados en el momento de la

cirugía, puede ser desde la diverticulectomía simple, cuando el proceso inflamatorio está localizado alrededor del divertículo perforado, hasta una hemicolectomía derecha, cuando el proceso inflamatorio es grave, existe un dilema diagnóstico y la posibilidad de cáncer no puede ser excluida.<sup>3</sup> Fang<sup>18</sup> aboga por la resección colónica en cualquier caso de diverticulitis cecal.

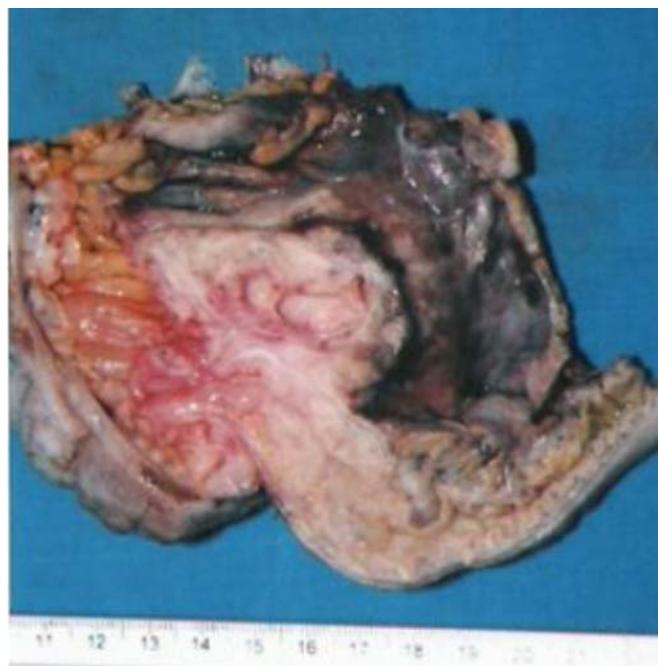
### Caso clínico

Masculino de 19 años que ingresa al hospital con cuadro clínico de cuatro días de evolución con dolor abdominal epigástrico de tipo cólico, de moderada a gran intensidad, progresivo, que aumenta con el esfuerzo y disminuye con el reposo y 48 h después se irradia a fosa iliaca derecha. Sin otras manifestaciones.

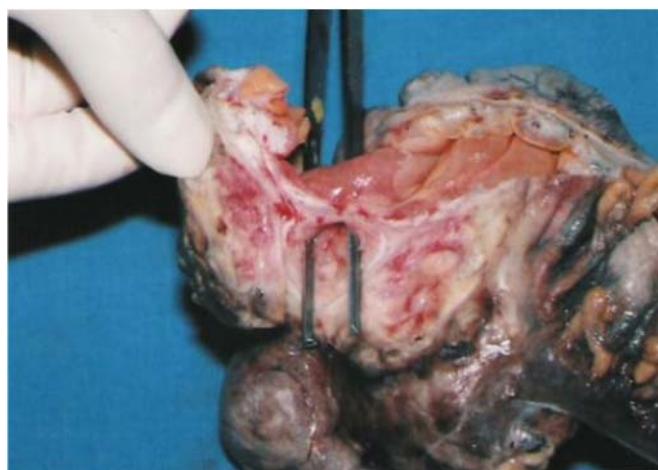
A la exploración física se encuentra despierto, orientado, taquicárdico, afebril, abdomen con hiperestesia e hiperbaralgia con predominio en fosa iliaca derecha donde se palpa plastrón, signos de Mc Burney, Rovsing y rebote con peristalsis disminuida. La biometría hemática reporta leucocitosis de 12,500 mm<sup>3</sup>. La radiografía simple de abdomen con imagen en vidrio desplulado en cuadrante inferior derecho.

Se ingresa a quirófano con diagnóstico de apendicitis aguda complicada.

A través de una incisión media infraumbilical se realiza laparotomía exploradora, encontrándose plastrón en ciego de aproximadamente 10 centímetros de longitud, conteniendo absceso de 10 mL. El ileón terminal y la válvula ileocecal se observan aumentados en volumen, con edema, hiperémicos, friables a la palpación, apéndice cecal con hiperemia y aumentado de volumen, con datos de peritonitis localizada. Debido a los hallazgos se decide prolongar la incisión en sentido cefálico, se revisó el colon ascendente y se encontró con edema. El colon transverso, el descendente y el colon sigmoides de apariencia normal, sin encontrar evidencia de enfermedad diverticular.



**Figura 1.** Pieza quirúrgica, correspondiente al ciego, en corte coronal, se observa divertículo.



**Figura 2.** Se observa sitio de la perforación del divertículo, el cual es atravesado por pinza de disección.

Se decide realizar una hemicolectomía derecha, se realizó lavado de la cavidad peritoneal con siete litros de solución fisiológica y se restituyó la continuidad intestinal con un ileo transverso anastomosis terminolateral en un plano.

El reporte histopatológico fue de periappendicitis aguda, sin datos de perforación. Divertículo de ciego con absceso de 10 mL, perforado (figuras 1 y 2).

La evolución clínica fue favorable. Se administraron cefotaxima y metronidazol por vía intravenosa por cinco días. El gasto del drenaje fue serohemático y en disminución, se retiró al tercer día. La herida quirúrgica no presentó infección, se terminó la sutura de piel al cuarto día en la cama del paciente con anestesia local. Se inició la dieta líquida al tercer día, que toleró adecuadamente, se egresó al quinto día con antibióticos vía oral (ciprofloxacino y metronidazol) que se continuaron por diez días más. No presentó complicaciones.

## Discusión

El divertículo del ciego es una entidad rara en los países de occidente. Daniels y Word<sup>16</sup> reportaron la presencia de divertículo cecal en sólo el 0.2% de 5,000 estudios de colon por enema. Sin embargo, en los países asiáticos es una entidad común. Nakaji<sup>17</sup> ha reportado una incidencia mayor del 70% de enfermedad diverticular en el colon derecho en japoneses, y esta diferencia es debida a factores genéticos más que a factores ambientales o dietéticos.

Aproximadamente el 14% de los divertículos cecales desarrollan diverticulitis. El proceso inflamatorio es causado en la mayoría de las veces por un fecalito que obstruye la luz del divertículo.<sup>17</sup> Las manifestaciones clínicas que se observan en un caso de diverticulitis cecal o en un divertículo cecal perforado, son las mismas que se observan en una apendicitis aguda, y como comenta Keidar<sup>13</sup> es prácticamente indistinguible el diagnóstico clínico preoperatorio entre estas patologías.

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.

La terapéutica para el divertículo cecal solitario perforado varía según sean los hallazgos: puede ser desde la diverticulectomía simple cuando el proceso inflamatorio está localizado alrededor del divertículo perforado, hasta una hemicolectomía derecha cuando el proceso inflamatorio es amplio, existe un dilema diagnóstico y la posibilidad de cáncer no puede ser excluida.<sup>3</sup> Fang<sup>18</sup> aboga por la resección colónica en cualquier caso de diverticulitis cecal.

## Referencias

1. Sigaloff K, Van der Ver J, Beningna M. Cecal diverticulitis in an adolescent. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005; 40: 603-605.
2. Giuffrida M, Gelarda E, Mezzatesta P, Macaluso A, Siracusa G. Diverticula of the right colon. The diagnosis and treatment of complications. *Min Chirurg* 1997; 52(12): 1503-1512.
3. Nauton-Morgan R, Maw A. Case report: Solitary caecal diverticulum strangulated in a femoral hernia. *Brit J Surg* 1996; 83(11): 1547.

4. Miura S, Kundaura T. Recent trends in diverticulosis of the right colon in Japan: retrospective review in a regional hospital. *Dis Colon Rect* 2000; 43: 1383-1389.
5. Greany EM, Snyder WH. Acute diverticulitis of the cecum encountered at emergency surgery. *Am J Surg* 1957; 94: 270-281.
6. 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.
7. Shigeyuki N, Kazuma D. Comparison of etiology of right-sided diverticula in Japan with that of left-sided diverticula in the West. *Int J Colo Dis* 2002; 17: 365-373.
8. Stemmermann G, Yatani R. Diverticulosis and polyps of the large intestine: A necropsy study of Hawaii Japanese. *Cancer* 1973; 31: 1260-1270.
9. Sugihara K, Muto T, Morioka Y. Motility study in right sided diverticular disease of the colon. *Gut* 1983; 24: 1130-1134.
10. Updegrafe J. Diverticulitis of the cecum. *Ann Surg* 1955; 141: 251-253.
11. Potier F. Diverticulite et appendicite. *Bull Mem Soc Anat Paris* 1912; 37: 29-31.
12. Nirula R, Greaney G. Right-sided diverticulitis: a difficult diagnosis. *Am Surg* 1997; 63: 871-873.
13. Keidar S, Pappo I, Shperber R, Orda R. Cecal diverticulitis: a diagnosis challenge. *Dig Surg* 2000; 17: 508-512.
14. Chedid A, Domingues L, Chedid M, Willweek MM. Solitary diverticulum of the cecum: experience of a Brazilian General Hospital. *Arq Gastroenterol* 2003; 40: 216-219.
15. Rasmussen I, Enblad P. Acute solitary diverticulitis of the cecum. Case report. *Act Chirurg Scand* 1998; 154: 399-401.
16. Daniels V, Wood E. Diverticulitis of the cecum and ascending colon. *JAMA* 1960; 172: 519-524.
17. Fang J, Chen R, Hsu Y, Kao J. Aggressive resection is indicated for cecal diverticulitis. *Am J Surg* 2003; 185: 135-140.
18. Henry F. Acute diverticulitis of the cecum: Report of three cases diagnosis pre-operatively as acute appendicitis. *Ann Surg* 1949; 129: 109-118.
19. Sinha A, Dalmia S. Diverticulectomy and primary closure of a ruptured inflamed caecal diverticulum in 12 years old: A case report. *Calc Med J* 2005; 3: 5-8.
20. Lada P, Martinessi V. Present state in the surgical treatment of acute cecal diverticulitis. *Rev Fac Cien Med Cord* 2003; 60: 63-70.