



Caso clínico quirúrgico y revisión del tema

Divertículo de ciego perforado. Reporte de un caso

Isaac Rodríguez Sánchez,*
Francisco Javier Ramírez
Amescua,** Marisela López
Obregón***

* Residente de 3er año de Cirugía General.

** Cirujano General, Endoscopista

*** Cirujano General, Coloproctóloga

Servicio de Cirugía General, Hospital
General «Dr. Darío Fernández Fierro», ISSSTE.

Abreviaturas:

TAC: Tomografía axial computada

USG: Ultrasonido

Dirección para correspondencia:

Dr. Isaac Rodríguez Sánchez

Avenida Revolución Núm. 1182,

Colonia San José Insurgentes.

Delegación Benito Juárez

03900 México, D.F.

Teléfono de conmutador 55 93 53 00,
extensión 240.

E-mail: sax180679@prodigy.net.mx

Resumen

Presentamos el caso de un paciente joven que fue intervenido con el diagnóstico de apendicitis aguda, detectándose una tumoración en el ciego de características inflamatorias de la que no se pudo descartar malignidad, con un apéndice cecal normal y a quien finalmente se le realizó una hemicolectomía derecha, tras hacer el diagnóstico de divertículo cecal perforado mediante estudio contrastado. Hemos realizado una revisión bibliográfica del tema, exponiendo datos acerca de la clínica, diagnóstico y tratamiento, destacando la importancia del diagnóstico preoperatorio que puede evitar en muchos casos la laparotomía de urgencia.

Palabras clave: Divertículo de ciego, perforación, hemicolectomía derecha.

Abstract

We present the case of a young patient who was involved with the diagnosis of acute appendicitis, detected a mass in the blind inflammatory characteristics of which could not be ruled out malignancy, with a normal cecal appendix and whom he finally made a right hemicolectomy, after making the diagnosis of cecal diverticulum drilled through study contrasted. We conducted a literature review of the subject, exposing data on the clinical diagnosis and treatment, stressing the importance of the preoperative diagnosis to be able to avoid emergency laparotomy.

Key words: Cecal diverticulum, drilling, right hemicolectomy.

INTRODUCCIÓN

Fue Potier en 1912 quien describiera por vez primera un caso de diverticulitis cecal.^{5,12}

La diverticulitis cecal es relativamente infrecuente, la incidencia de divertículos en el ciego y el colon ascendente oscila en torno al 4 y 2%, respectivamente;⁵ estudios clínicos y radiológicos demuestran que la diverticulitis cecal se encuentra en 0.9-5% de todos los pacientes con enfermedad diverticular del colon. Afecta más al sexo masculino y en la cuarta década de la vida.

La mayoría de los divertículos del lado derecho son verdaderos en comparación con los del lado izquierdo que son falsos; el 80% de los divertículos de ciego se localizan en la región anterior cerca de la válvula ileocecal.

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.²

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.

Por otro lado, la etiología del divertículo único de ciego es aún motivo de discusión, sin embargo estudios embriológicos han demostrado la existencia de una saculación en el ciego entre la sexta y la séptima semana de desarrollo embrionario, sugiriendo que un defecto en la reabsorción de la misma pudiera ser el origen de esta enfermedad.

Algunos autores clasifican los divertículos del colon derecho en congénitos y adquiridos.² Los congénitos constan de todas las capas de la pared colónica y son

más frecuentes en ciego y colon ascendente, siendo generalmente solitarios. Los adquiridos poseen solamente la mucosa y la submucosa, suelen tener 1 cm de diámetro y su orificio de comunicación está a 2 cm por encima o por debajo de la válvula ileocecal.

En el mundo desarrollado, la prevalencia de enfermedad diverticular varía entre 5-45%.

La mayoría de esta población (90%) está constituida por pacientes con patología del intestino distal. Sólo 1.5% de los casos involucra únicamente el lado derecho del intestino grueso, mientras que los individuos en África y Asia que presentan enfermedad diverticular tienen predominantemente compromiso del colon (70-74%), especialmente el ascendente.¹²

En Asia la enfermedad diverticular del lado derecho se acompaña también en general de múltiples divertículos, mientras que en el mundo occidental, la enfermedad diverticular del lado derecho es habitualmente debida a un único divertículo.

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.

En cuanto a la forma de presentación cabe mencionar que los divertículos cecales cursan asintomáticos, pero cuando se presenta la diverticulitis el diagnóstico de esta entidad es muy difícil debido a que simula un cuadro clínico de apendicitis aguda, por lo que la falla en el diagnóstico es muy frecuente.

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.¹

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.

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.⁵

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de masculino de 37 años de edad quien ingresó al servicio de urgencias por presentar cuadro de 8 días de evolución, caracterizado por la presencia de dolor abdominal de predominio derecho, abarcando hipocondrio, flanco y fosa iliaca derechos, el cual se irradiaba hacia región dorsal, de intensidad

9/10, manejado inicialmente con trimetoprim/sulfametoxazol, ranitidina, paracetamol, ketorolaco y diclofenaco, con lo cual mostró mejoría transitoria, sin embargo un día previo a su ingreso, presenta fiebre no cuantificada y náusea, por lo que acude al hospital, en donde a la exploración física en ese momento se encontró de la siguiente forma, despierto, consciente, orientado en las tres esferas, bien hidratado, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen plano, blando, depresible, Mc Burney positivo, resto de signos apendiculares negativos, Von Blumberg negativo, peristalsis presente, Giordano derecho positivo, resto sin datos anormales.

Resultados de laboratorio en donde sobresale la presencia de leucocitosis de 17,600, y plaquetas de 457,000, el resto dentro de parámetros normales. USG reportando, esteatosis hepática grado I, datos sugestivos de lodo biliar, reflejo de asa intestinal con gas, colon ascendente distendido, resto de exploración abdominal normal.

Ante los hallazgos clínicos y de laboratorio se hace el diagnóstico de probable apendicitis aguda modificada por medicamentos, por lo que se somete al paciente a laparotomía exploradora, en donde se realizan los siguientes hallazgos: tumoración localizada en colon ascendente y retroperitoneo; ante el hallazgo comentado se decide cerrar cavidad. El paciente entra a protocolo de estudio para tumoración abdominal, por lo que se realiza TAC, la cual reporta zona hiperdensa que abarca ciego y colon ascendente con dimensiones de 10.3 x 7.5 cm. USG reportando lesión en corredora parietocólica derecha de aproximadamente 5.1 x 11.2 x 6.8 cm, heterogénea, sin comprometer intestino ni riñones (*Figura 1*); colonoscopia con diagnóstico de enfermedad diverticular de ciego y colon ascendente, compresión extrínseca cecal (*Figura 2*), colon por enema con evidencia de divertículo de ciego perforado, con salida de medio de contraste a cavidad abdominal.

Debido a los hallazgos de los estudios de imagen concluyentes de divertículo de ciego perforado, se decide realizar hemicolectomía derecha con drenaje de aproximadamente 400 cc de material purulento en región paracólica derecha, ileostomía, procedimiento de Hartman (*Figuras 3 y 4*).

El paciente evoluciona tórpidamente presentando sangrado de tubo digestivo alto, el cual remite a manejo médico; además presenta emesis realizando gran esfuerzo, lo que produce dehiscencia de la herida quirúrgica y evisceración, ameritando nuevamente manejo quirúrgico en donde se realiza lavado de cavidad, adherensiólisis y colocación de malla, dejando herida quirúrgica abierta ya que se encontraba infectada; se mantiene de

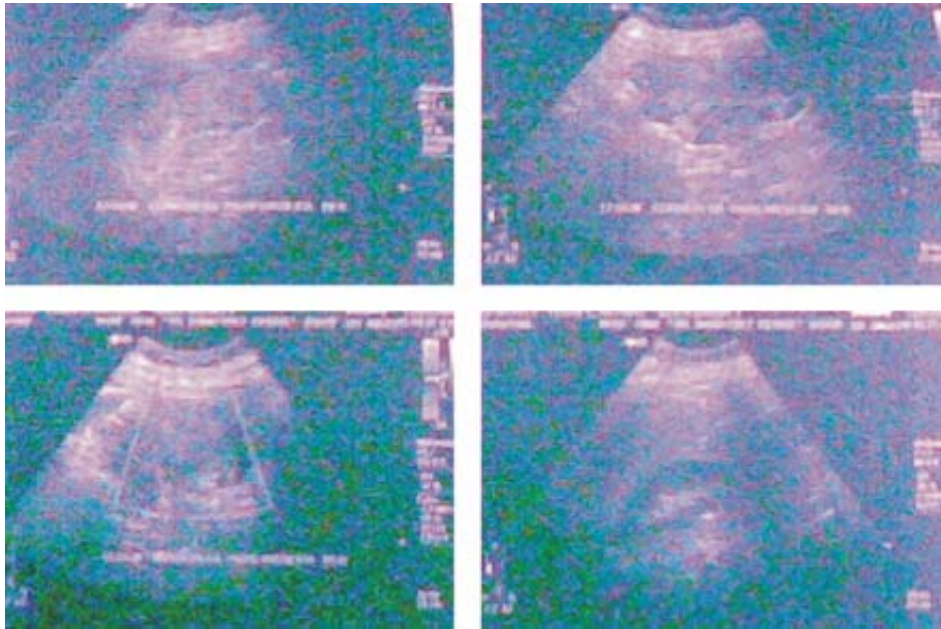


Figura 1. Imagen ultrasonográfica en donde se aprecia masa heterogénea de aproximadamente 5.1 x 11.2 x 6.8 cm, en región de fosa iliaca derecha.



Figura 2. Imagen de colonoscopia en la cual se aprecian saculaciones en región de ciego y colon ascendente, las cuales corresponden a divertículos; en la imagen izquierda nótese cierta compresión extrínseca del colon ascendente.



Figura 3. Fotografía transoperatoria en donde se aprecia la contaminación en región de fosa iliaca derecha, secundaria a la perforación del divertículo de ciego.



Figura 4. Pieza quirúrgica posterior a hemicolectomía de derecha, en donde se aprecia el ciego y colon ascendente con gran proceso inflamatorio secundario a la perforación diverticular.

esta forma durante 5 días y se reinterviene para realizar cierre de pared; sin embargo, posterior a ello presenta colección serosa, dehiscencia e infección de tercio medio de la herida, por lo que se maneja con curaciones y cierre por segunda intención de ese sitio, con lo cual el paciente evoluciona favorablemente y se egresa a su domicilio.

Actualmente el paciente ya fue sometido a restitución del tránsito intestinal, la cual se realizó exitosamente, siendo egresado el paciente al 7° día y cursando asintomático.

DISCUSIÓN

El presente reporte muestra un caso clínico poco frecuente y de difícil diagnóstico, sobre todo porque se trata de un divertículo perforado en el ciego, el cual tiene una frecuencia mundial muy baja, la cual oscila entre 0.9-5%.

Cabe mencionar que el diagnóstico diferencial inicial de esta entidad va encaminado a descartar un cuadro de apendicitis aguda, sin embargo en este paciente la perforación de ciego se encontró tras la laparotomía exploradora, semejando una tumoración retroperitoneal, lo cual dificultó aún más el diagnóstico definitivo.

A pesar de su baja incidencia, debemos considerar la posibilidad de enfermedad diverticular de colon derecho complicada en un paciente con características similares a las aquí reportadas y tras haber descartado otros diagnósticos.

Pero sobre todo debemos resaltar la importancia que adquieren los estudios de gabinete como lo son la tomografía axial computada, la colonoscopia, y sobre todo el colon por enema, ya que este último es el de mayor certeza diagnóstica en esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferzoco LB, Raptopoulos V, Silen W. Acute diverticulitis. *New Engl J of Med* 1998; 338(21): 1521-1525.
2. López GJ, Regueiro MF, Bernal SJ, García MP, Trullenque PR. Actitud quirúrgica ante la diverticulitis solitaria de ciego. *Cir Esp* 2000; 68(3): 274-275.
3. Azevedo JR, Cunha MA, Monte Filho AP, Duarte AM, D'almeida LA, Barroso Filho F. Divertículo cecal. *Rev Bras Colo-Procto* 1983; 3(3): 90-94.
4. Keidar S, Pappo I, Shperber Y, Orda R. Cecal diverticulitis: A diagnostic challenge. *Dig Surg* 2000; 17(5): 5008-5012.
5. Luengo JO, Carranza AG, De la Portilla JF, León JE, Utrera GA. Divertículo solitario de ciego y colon derecho: aportación de un nuevo caso. *Cir Esp* 2000; 67(4): 408-409.
6. Morris CR, Harvey IM, Stebbings WS, Speakman CT, Kennedy HJ, Hart AR. Epidemiology of perforated colonic diverticular disease. *Postgraduate Med J* 2002; 78: 654-658.
7. Roka, S, Herbst, F. Invited commentary to: «Solitary cecal diverticulitis: report of a case». *Eur Surg* 2004; 36(1): 51-53.
8. Abogunrin FA, Arya N, Somerville JE, Refsum S. Solitary cecal diverticulitis – a rare cause of right iliac fossa pain. *Ulster Med J* 2005; 72(2): 132-133.
9. 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(3): 606-608.
10. 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 of Roentgenology* 2000; 174(5): 1397-1402.
11. Gouge TH, Coppa GF, Eng K, Ranson JH, Localio SA. Management of diverticulitis of the ascending colon. *Am J Surg* 1983; 145: 387-391.
12. Abdul JA. Case report: Cecal diverticulitis. *The Kuwait Medical Journal* 2001; 33(1): 57-58.