

CIRUGIA

DIVERTICULO CECAL PERFORADO

(Reporte de un caso y
Revisión de la Literatura)

José Miguel Ramírez Valverde *
José Alberto Ayi Wong

S U M M A R Y

A 33 year-old man, from Costa Rica, policeman, without any chronic pathologies of relevance is brought into the emergency room with a two day history of abdominal pain located mainly in the right lower quadrant and that irradiates (moves) to the rest of the abdomen, without any fever. The patient required surgery after several hours in observation with very little response to pain treatment. He was taken to the operating room under the diagnose of acute appendicitis; however, a normal, non-inflammatory appendix was found. Instead, the surgeons found perforated diverticula located in the cecum associated to effacement of the pericolic fat. Diverticula in the

cecum or any other part of the ascending colon is very rare and is usually found when a patient is taken into surgery under the diagnose of acute appendicitis. There are two types of diverticula: the congenital, which are located in the cecum or ascending colon and the acquired or false, which are the most common, and are usually found in the sigmoid colon. These do not present any symptoms, but their most seen complication is diverticulitis secondary to lumen obstruction or lymphoid hyperplasia.

Descriptores:

Divertículo en ciego, diverticulitis

Correspondencia:

Correo electrónico:

josem25rv@gmail.com

Teléfono: 221-1964 / 883-5992

Fuentes de apoyo:

Registros médicos Hospital San Juan de Dios

I N T R O D U C C I Ó N

El divertículo en ciego es una patología infrecuente, y se presenta como diagnóstico secundario o incidente en sala de operaciones, por sospecha de apendicitis aguda. La primera descripción de diverticulitis en el ciego fue realizada por Potier (8) en 1912. Varios estudios clínicos y radiológicos demuestran que los divertículos en ciego son encontrados en alrededor de un 0.9-5% de los pacientes portadores de enfermedad diverticular del colon. (4). La prevalen-

* Médico General, Clínica Sto. Domingo de Heredia

** Médico Especialista en Cirugía General, Servicio de Emergencias Quirúrgicas, Hospital San Juan de Dios

cia de divertículos en ciego es baja en poblaciones occidentales, por el contrario, se reporta un aumento importante en regiones con descendencia asiática. En estas regiones occidentales, es más frecuente observar casos de divertículos solitarios en ciego, según reportan Graham y Ballantyne (1). Se ha dado crédito en que la mayoría de los divertículos solitarios son de origen congénito, y aparecen como una proyección sacular en el ciego alrededor de la sexta semana de gestación (10). La mayoría de estos divertículos en colon derecho son considerados como verdaderos, ya que incluyen todas las capas de la pared colónica, inclusive la muscular de la mucosa y la muscular propia, en contraste con los localizados en colon sigmoide los cuales son llamados divertículos falsos (6).

C ASO CLÍNICO

Paciente masculino de 33 años, vecino de San José, policía, casado, costarricense, con estudios secundarios incompletos, católico, sin antecedentes patológicos de importancia, antecedente quirúrgicos de úlcera pilórica hace 10 años, y polipectomía hace 4 años, tabaquista desde hace 15 años; el cual consultó al servicio de emergencias del Hospital San Juan de Dios por presentar cuadro de 2 días de evolución de dolor abdominal tipo cólico a nivel de fosa

iliaca derecha, el cual irradia al resto del abdomen. No ha presentado alteraciones del patrón alimentario, sin vómitos o diarrea, niega fiebre o disuria. Sin polidipsia ni poliuria. Al examen físico de ingreso presentó; PA: 120/78, FC: 89x, Temp: 37 grados, en buen estado general, sudoroso, cavidad oral con mucosa seca, ORL sin lesiones, cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen blando de presible doloroso a nivel de todo el lado derecho, rebote positivo, Mc Burney dudoso, dolor a la palpación y percusión en fosa iliaca derecha, psoas positivo, Rovsing positivo, Giordano negativo, no se palpan masas, peristalsis presente. Se decide su ingreso a observación por presentar cuadro clínico característico de abdomen agudo. Los exámenes de laboratorio mostraron: Leucocitos: 5500, Bandas: 1%, Hematocrito en 39%, hemoglobina 13.7 g/dl, MCV: 90 fL, MCH: 31 pg, plaquetas: 285000, glicemia en 90 mg/dl, amilasuria: 170 IU/L, amilasemia: 83 U/l, pruebas de función renal dentro de límites normales, Sodio: 141 mmol/L, potasio: 4.4 mmol/L, cloruro: 114mmol/L, calcio: 8, 4 mg/dl, examen general de orina: normal.

El ultrasonido de abdomen reportó: Hígado, vesícula, páncreas, bazo, riñones y retroperitoneo sin evidencias de alteraciones. Vejiga distendida sin alteraciones, forma y tamaño normal. Se explora ab-

domen y fosa iliaca derecha sin lograr observar imágenes que sugieran proceso apendicular o de otro origen, sin que esto descarte dicha posibilidad. No hay líquido libre ni colecciones. El paciente fue observado por varias horas en el servicio de emergencias, se revaloró en varias ocasiones y este refirió leve mejoría del dolor, por lo que se decide evaluar exámenes de laboratorio y gabinete en conjunto con manifestaciones clínicas de dolor persistente en fosa iliaca derecha, por lo cual se toma la decisión de ser llevado a sala de operaciones por probable apendicitis aguda. Se realizó laparotomía exploratoria, con incisión paramediana, abordaje pararrectal, se disecó plastrón a nivel de ciego encontrándose divertículo perforado, apéndice sin lesiones, no líquido intestinal, por lo que se decidió realizar colectomía derecha e íleo-transverso anastomosis latero-lateral mecánica. Informe de patología: (macroscópico)- Se recibe segmento de intestino que mide 13cm de longitud x 6cm de diámetro transverso, y que comprende ciego, apéndice cecal y segmento de íleo. La apéndice cecal mide 5 x 0.8cm, carece de extremo distal, serosa de color violáceo, al abrirla presenta paredes engrosadas, mucosa de color verdoso y contenido intestinal. Ileon mide 1 x 3cm, la serosa de coloración violácea y natas fibrinosas. Al abrirlo presenta la mucosa con conservación de los pliegues, de aspecto congesti-

vo. Presenta un divertículo que se encuentra a 3 cm. del margen del ileo.

(Microscópico)- Corte histológico muestra a nivel del colon una protusión de la mucosa y submucosa a través de la pared muscular con importante infiltrado inflamatorio agudo que se extiende desde la mucosa hasta la serosa. El tejido colónico peridiverticular presenta importante infiltrado inflamatorio en la mucosa con formación de folículos linfoides, algunos de los cuales presentan centro germinal. El apéndice cecal presenta infiltrado inflamatorio agudo localizado principalmente en la serosa. DX: Divertículo perforado, hiperplasia linfoide, periappendicitis. El paciente tuvo una buena evolución postoperatoria, y se cubrió con antibióticoterapia, metronidazol y gentamicina además de tratamiento analgésico. En el postoperatorio #5 es dado de alta por su evolución satisfactoria, se le deja tratamiento oral con cefalexina y cita de control en cirugía general.

D ISCUSIÓN

En la mayoría de los casos los pacientes con divertículo en ciego cursan asintomáticos, pero cuando se desarrolla una diverticulitis, es casi imposible diferenciar clínicamente el dolor abdominal de una apendicitis aguda (9). El proceso inflamatorio es ocasionado usual-

mente por un fecalito, el cual obstruye el lumen del divertículo causando inflamación y como resultado una diverticulitis (3). Alrededor de un 80% de los divertículos en colon derecho están localizados en la pared anterior del ciego muy cerca de la válvula ileocecal, en un área de alrededor de 2cm por encima y un 1cm por detrás del nivel de la unión ileocecal (9,3). El diagnóstico preoperatorio requiere de un alto índice de sospecha, especialmente en pacientes jóvenes, con descendencia asiática, que presentan dolor en el cuadrante inferior derecho del abdomen de más de 24 horas de evolución, máximo hasta 2 días, sin náuseas, vómitos ni anorexia, o en pacientes apendicectomizados (3,7). La edad pico de presentación ronda alrededor de los 40años, mucho más alta que los pacientes que presentan apendicitis aguda, pero más baja que aquellos pacientes que presentan diverticulitis en sigmoides (5). Estudios previos han revelado una cierta prevalencia de la enfermedad por el sexo masculino, que usualmente no ocurre en el caso de las apendicitis. Las radiografías de abdomen pueden evidenciar la presencia de un fecalito en alrededor de un 50% de los casos, y el colon por enema puede también ayudar a la delimitación del divertículo con o sin fecalito (2). La dificultad para visualizar el divertículo no excluye la posibilidad de su presencia, por lo tanto el lumen diverticular puede ser obs-

truido por un fecalito o por edema de la pared del divertículo. Se ha demostrado que la tomografía axial computarizada tiene una alta sensibilidad 98%, y una alta especificidad 98% para el diagnóstico de dolor en cuadrante inferior derecho, por lo cual ha llevado a la disminución de exploraciones quirúrgicas innecesarias con apéndices cecales normales (2).

Cuando se realiza una laparotomía y se encuentra una apéndice normal con una masa inflamatoria a nivel de ciego se debe de sospechar no solo en malignidad como es el caso del carcinoma inflamatorio de colon derecho; la patología benigna de colon derecho es más común en poblaciones Orientales que la enfermedad neoplásica; por lo que es importante siempre tener en cuenta el diagnóstico de divertículo cecal (3). El correcto diagnóstico preoperatorio y el tratamiento quirúrgico de esta patología ha sido causa de controversia, por la gran cantidad de opciones de tratamiento que van desde terapia conservadora con antibióticos de amplio espectro hasta hemicolectomía derecha (4,7). En países Asiáticos a la mayoría de los pacientes se les realizó apendicetomía profiláctica, dejando el divertículo no perforado en su sitio y se les administró antibióticos por varios días, muy parecido al manejo de divertículos en colon izquierdo, registrando menos complicaciones y menor tiempo

de recuperación. La colectomía derecha con anastomosis son los procedimientos más comúnmente realizados en pacientes que presentan una diverticulitis de colon derecho. Un menor procedimiento quirúrgico es la diverticulectomía e invaginación del divertículo, el cual solo puede ser realizado en pacientes con un menor grado de inflamación (7). Otras condiciones a tomar en cuenta en el diagnóstico diferencial son: enfermedad de Crohn, divertículo de Meckel, perforación por cuerpo extraño, ente-ritis regional, carcinoma perforado y otras causas de inflamación como actinomicosis, tuberculosis, colitis por amebas o enfermedad pélvica inflamatoria (3,2). Sin embargo rara vez se realiza el diagnóstico preoperatorio por lo que la mayoría de los pacientes son sometidos a exploración quirúrgica.

C LÍNICA

El propósito de este reporte de caso consistió en revisar la literatura sobre esta patología, que nos puede llevar a cometer errores en el diagnóstico y además de conocer sobre el diagnóstico diferencial

del dolor en fosa iliaca derecha.

R E S U M E N

Se reporta el caso de un paciente de 33 años, policía, costarricense, sin antecedentes patológicos de importancia, que consultó al servicio de emergencias por presentar cuadro de 2 días de evolución de dolor abdominal tipo cólico, localizado principalmente en fosa iliaca derecha, y que irradiaba al resto del abdomen, sin fiebre. El paciente requirió manejo quirúrgico después de varias horas de observación y de tratamiento analgésico con un alivio parcial del dolor. Se llevó a sala de operaciones por sospecha de apendicitis aguda, pero se descubrió un apéndice sin lesiones, plastrón inflamatorio a nivel de ciego, por divertículo perforado. El divertículo en ciego o en cualquier parte del colon ascendente es usualmente muy raro, pero es muy frecuente encontrarlo cuando se realiza una intervención quirúrgica por sospecha de apendicitis aguda. Hay dos clases de divertículos los verdaderos que son de origen congénito y se localizan en ciego y resto de colon de-

recho, y los falsos que son los más frecuentes a nivel de colon sigmoideas. Usualmente cursan asintomáticos pero su complicación más frecuente es la diverticulitis ya sea por obstrucción del lumen o por hiperplasia linfóide.

R I B L I O G R A F I A

- 1-Graham SM, Ballantyne GH. Cecal diverticulitis. Review of the American experience. *Dis Colon Rectum* 1987;30:821-6.
- 2-Griffiths E, Bergin F, Henry J: Acute inflammation of a congenital cecal diverticulum mimicking appendicitis. *Med Sci Monit*, 2003;9(12):CS107-109
- 3-Keidar S, Pappo J, Shperber Y, Orda R: Cecal diverticulitis: A diagnostic challenge. *Dig. Surg*, 2000; V7:508-512.
- 4-Lampinier TA. Cecal diverticulitis with abscess formation: a plea for conservatism. *Am J Proctol* 1981; 32:20-36.
- 5-Law WL, Lo CY, Chu KW: Emergency surgery for colonic diverticulitis: Differences between right side and left side lesions. *Int J Colorectal Dis*, 2001; 16(5): 280-1.
- 6-Nirula R, Greaney G: Right-side diverticulitis: A difficult diagnosis. *Am Surg*, 1997; 63: 871-873.
- 7-Oziem N: Misdiagnosed cecal congenital diverticulitis. *Case rep Clin Pract Rev*, 2005; 6:140-143.
- 8-Potier F. Diverticulite et appendicite. *Bull Mem Soc Anat Paris* 1912; 137:29-31.
- 9-Shyung LR, Lin SC, Shih SC et al: Decision making in right sided diverticulitis. *World J Gastroenterol*, 2003;9(3):606-8.
- 10- Waugh TR. Duplex Appendix vermiciformis. *Arch surg* 1941; 42:311-20.