

Diverticulitis del ciego. Reporte de caso en un paciente joven

Diverticulitis of the cecum. Case Report on a Young Patient

Julio Domínguez-Herrera¹, Pedro Vallejo-Casas², Giancarlo Sirtori-Campo³, Ezio Pezzano-Molina⁴, Jesús Iglesias-Acosta⁵

Abstract

La diverticulitis del ciego es una causa rara de abdomen agudo. En esta ocasión se presenta el caso de una paciente de 20 años de edad quien ingresa con signos y síntomas de apendicitis aguda; durante el procedimiento quirúrgico se evidencia diverticulitis en ciego y se realiza hemicolectomía derecha más íleo transversoanastomosis, evolucionando adecuadamente y con egreso hospitalario satisfactorio. Este es el primer caso conocido en un paciente de esa edad. A pesar de ser una patología infrecuente, es importante tenerla en cuenta como diagnóstico diferencial de apendicitis aguda, y además el cirujano debe estar preparado para aplicar los diversos tratamientos que existen para la resolución de los cuadros.

Key words: Diverticulitis, abdomen agudo, apendicitis, diverticulitis cecal, enfermedad cecal.

Resumen

Diverticulitis of the cecum is a rare cause of acute abdomen. We present the case of a 20-year-old female who was admitted with signs and symptoms consistent with acute appendicitis. However, cecal diverticulitis is evidenced intra-operatively and a right colectomy is performed followed by an ileo-colic anastomosis. The patient recovered well and was discharged home on post-operative day five. This is the first known case in a patient of this age. Although rare, it is important to include cecal diverticulitis as a differential diagnosis in such scenarios as well as understand the many surgical techniques available for its management.

Keywords: Diverticulitis, abdomen, acute, appendicitis, cecum, diverticulitis, cecal, diseases.

¹ Residente Cirugía General. Universidad Libre Seccional Barranquilla. juliodom1@hotmail.com

² Residente Cirugía General. Universidad Libre Seccional Barranquilla. pedro_lm33@hotmail.com

³ Residente Cirugía General. Universidad Libre Seccional Barranquilla. dr.giansircam@hotmail.es

⁴ Cirujano General. Clínica General del Norte. epezzano@hotmail.com

⁵ Médico y Cirujano. MSc. Fisiología. Universidad Libre Barranquilla

Correspondencia: jjiglesias@unilibrebaq.edu.co iglesias58@hotmail.com

Fecha de recepción: 29 de julio de 2017
Fecha de aceptación: 19 de octubre de 2017

INTRODUCTION

La enfermedad diverticular del ciego es una patología de muy baja frecuencia; en países occidentales representa el 1 a 2 % de los casos de diverticulosis colónica (1); la edad promedio de presentación en varias series está entre 40 a 59 años (2,3,4), sin embargo, hay algunos pacientes muy jóvenes (5,6,7); la mayor parte de ellos son asintomáticos, pero ocasionalmente ocurre diverticulitis manifestada con dolor en fosa iliaca derecha, que sumado a la juventud de los pacientes y a la relación 150:1 a favor de la apendicitis aguda (8), favorece un diagnóstico erróneo.

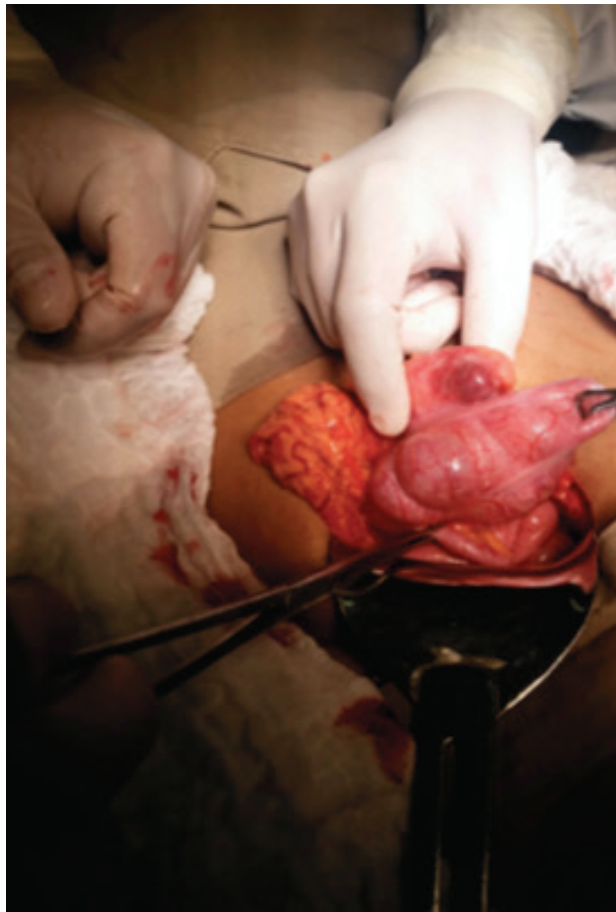
Se presenta un caso de dolor en fosa iliaca derecha en una mujer joven que ingresó a quirófano con diagnóstico de apendicitis aguda complicada pero con hallazgo intraoperatorio de formación diverticular y posterior diagnóstico histológico de diverticulitis cecal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino, 20 años de edad, quien consultó por dolor de 56 horas de evolución en fosa iliaca derecha, comienzo insidioso, intensidad creciente, náuseas, vómitos y fiebre no cuantificada; sin datos de importancia en la historia familiar y personal. Al examen físico: presión arterial 115/65 mmHg, frecuencia cardíaca 98 latidos/min, frecuencia respiratoria 18 ciclos/min, temperatura 37,5 °C, dolor a la pal-

pación abdominal en fosa iliaca derecha con signos de irritación peritoneal y sensación de masa profunda. Hemoglobina, 13 mg/dl; leucocitos de 17 300/microlitro; neutrófilos, 87%. Una ecografía abdominal reportó líquido libre en Fondo de Saco de Douglas lado derecho. Se diagnosticó apendicitis aguda complicada, con alta probabilidad de plastrón apendicular, y se inició procedimiento quirúrgico mediante incisión mediana infraumbilical, con hallazgo en fosa iliaca derecha de unos 50 cc de líquido seroso de reacción peritoneal; apéndice con aspecto normal y longitud de 7 cm; en el borde anti-mesentérico del ciego se evidenció formación diverticular con diámetro de 3 cm, friable y con despulimiento de la serosa (figura).

Debido a los signos de pruruptura evidenciados en el ciego y la imposibilidad de diferenciar macroscópicamente entre enfermedad benigna y maligna, se realizó hemicolectomía derecha más ileo-transversoanastomosis. El paciente toleró el procedimiento y recibió alta médica al séptimo día. Los hallazgos patológicos microscópicos fueron: colon derecho con formación diverticular cecal y proceso inflamatorio agudo y crónico mediado por linfocitos y polimorfonucleares que se extiende hasta la serosa, acompañado de depósitos de fibrina y microabscesos. Estudio negativo para granulomas y cambios malignos.



Fuente: Registro Clínico.

Figura 1. Pieza quirúrgica. Se observa el divertículo con signos de inflamación

DISCUSIÓN

Los divertículos cecales son reportados en la literatura como poco frecuentes, su prevalencia es mayor en países orientales (6). Fueron reportados por primera vez en 1912 por Potier (9); generalmente son asintomáticos, pero pueden complicarse con inflamación, hemorragia o inclusive perforación (10), imitando clínicamente los casos de apendicitis aguda, por lo que su diagnóstico es predominantemente intraoperatorio.

La diverticulitis colónica derecha, y en particular la cecal, es raramente reportada en Latinoamérica (11, 12), y mucho menos en Colombia; hecho asociado probablemente a factores genéticos, ambientales y culturales; sin embargo, con base en el actual caso es pertinente sospecharla cuando hay dolor en hemiabdomen derecho que sugiere patología quirúrgica, con diagnósticos diferenciales, tales como apendicitis aguda, patología biliar y hepática. El diagnóstico preoperatorio es importante porque el tratamiento no es necesariamente quirúrgico.

Una ayuda útil para confirmar o descartarla es la tomografía axial computarizada multicorte (13), cuyos hallazgos son:

1. El divertículo es visto como evaginación de la pared colónica derecha con diferentes grados de engrosamiento de su pared; su inflamación es evidenciada mediante cambios en la pared del colon y estructuras adyacentes, tales como turbidez o aumento de la atenuación de la grasa peridiverticular (13).
2. Engrosamiento excéntrico o circunferencial de la pared colónica, con pequeñas colecciones organizadas, sugestivas de abscesos pericolónicos producto de microperforaciones de los divertículos o extensión del proceso inflamatorio; el neumoperitoneo en un hallazgo raro pero posible (13).
3. Una inflamación marcada de la pared colónica podría impresionar patología neoplásica, sin embargo, la presencia de halo y preservación de las capas de la pared orientan a diverticulitis (13).

La TAC es, entonces, un estudio complementario útil para confirmar o descartar diverticulitis cecal y además obtener información sobre complicaciones de esta patología, permite ofrecer el tratamiento idóneo (médico o quirúrgico) al paciente. En el caso de diagnóstico preoperatorio, utilizar antibióticos de amplio espectro es una buena opción (14). Sin embargo, en el caso expuesto existía clara indicación quirúrgica, debido a los datos clínicos, lo cual confirma la primacía de los signos y síntomas en la toma de decisión para el tratamiento, más aun si no se cuenta con las ayudas imagenológicas recomendadas; pero el cirujano debe estar preparado para enfrentar situaciones de

diverticulitis cecales cuando el diagnóstico preoperatorio es de apendicitis aguda (15). Cuando el diagnóstico es intraoperatorio, el tratamiento quirúrgico específico depende de otras características que acompañen el cuadro, así: se ha reportado la realización de apendicectomía más tratamiento antibiótico, pero por el riesgo de pasar por alto casos de carcinomas inflamatorios, esta opción se recomienda para pacientes en poblaciones con baja probabilidad de patología maligna; la diverticulectomía simple más apendicectomía es otra opción, sin embargo, algunos estudios recomiendan resección amplia para evitar recaídas sintomáticas de los pacientes; y en los casos en los que no es posible excluir macroscópicamente la patología maligna, la indicación es hemicolectomía derecha con márgenes de resección(10).

CONCLUSIÓN

La diverticulitis cecal es una causa poco frecuente de dolor en fosa iliaca derecha, que imita la apendicitis aguda. Suele presentarse después de los 40 años de edad, pero cada vez hay más reportes en pacientes más jóvenes. El cirujano general debe considerarla en el diagnóstico diferencial en los casos de sospecha de apendicitis aguda y familiarizarse con sus diferentes posibilidades terapéuticas. En casos de diagnóstico clínico dudoso, está indicada la laparotomía exploratoria, y si existen dificultades para establecer macroscópicamente la benignidad, se debe realizar hemicolectomía derecha. Se debe sospechar preoperatoriamente y usar como ayuda la TAC.

Funding: Universidad Libre, seccional Barranquilla.

Conflict of interests: None to declare.

REFERENCIAS

1. Radhi JM, Ramsay JA and Boutross-Tadross O. Diverticular disease of the right colon. *BMC Res Notes*; 2011. 4: 383.
2. Chen SC, Wei TC, Wang SM, Hsu CY. Distributional pattern of diverticular disease of the colon in Taiwan. *J Formos Med Assoc.* 1993 ;92(7):662-4.
3. Sardi A, Gokli A, Singer JA. Diverticular disease of the cecum and ascending colon. A review of 881 cases. *Am Surg.* 1987; 53(1):41-5.
4. Yilmaz Ö, Kiziltan R, Bayrak V, Çelik S, Çalli I. Uncommon Caecum Diverticulitis Mimicking Acute Appendicitis. *Case Reports in Surgery.* 2016; 2016: 1-3. . doi. org/10.1155/2016/5427980
5. Karatepe O, Gulcicek OB, Adas G, Battal M, Ozdenkaya Y, Kurtulus I, Altiok M, and Karahan S. Cecal diverticulitis mimicking acute Appendicitis: a report of 4 cases. *World Journal of Emergency Surgery* 2008; 3 (16):1-4. doi: 10.1186/1749-7922-3-16
6. Connolly D, McGookin RR, Gidwani A, and Brown MG. Inflamed Solitary Caecal Diverticulum – It is Not Appendicitis, What Should I Do? *Ann R Coll Surg Engl.* 2006; 88 (7): 672-74. doi: 10.1308/003588406X149336
7. Griffiths EA1, Bergin FG, Henry JA, Mudawi AM. Acute inflammation of a congenital cecal diverticulum mimicking appendicitis. *Med Sci Monit.* 2003 Dec;9(12): 107-9.
8. Baxter NN. Emergency Management of Diverticulitis. En: Beck D, Karulf RE, Editores. *Clin Colon Rectal Surg.* 2004 ; 17(3): 177-82. doi: 10.1055/s-2004-832699.
9. F. Potier, “Diverticulite and appendicite,” *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris.* 1912; 37: 29–31.
10. Ruiz-Tovar J, Reguero-Callejas M, González F. Inflammation and perforation of a solitary diverticulum of the cecum. A report of 5 cases and literature review. *Rev Esp Enferm Dig (Madrid).* 2006; 98 (11): 875-80,
11. Beltrán M. Hemicolectomía derecha en pacientes operados por apendicitis: de la incisión de McBurney y apendicectomía, a la laparotomía media y hemicolectomía. *Rev. Colomb. Cir.* 2012; 27(2):129-38.
12. Segovia HA, Martínez N, Yamanaka W, Farina C. Diverticulitis cecal simulando apendicitis aguda. *Rev. Cir. Parag.* 2014; 38 (1): 28-31.
13. Jhaveri, Kartik S, Harisinghani, Mukesh G; Wittenberg, Jack; Saini, Sanjay; Mueller, Peter R. Right-Sided Colonic Diverticulitis: CT Findings. *Journal of Computer Assisted Tomography.* 2002; 26 (1): 84-9.
14. Shyung LR, Lin SC, Shih SC, Kao CR, Chou SY. Decision making in right-sided diverticulitis. *World Journal of Gastroenterology.* 2003; 9(3):606–08. doi: 10.3748/wjg.v9.i3.606.
15. Semih H, Seracettin E, Gökçek B, Yeşiltaş M, Alemdar A, Akan A, et Al. Solitary caecum diverticulitis mimicking acute apendicitis *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg,* 2015; 21(6): 520-23. doi: 10.5505/tjtes.2015.65188