
DIVERTICULO SOLITARIO DEL CIEGO ABSCEDADO. REPORTE DE UN CASO CLINICO

Cecum solitary diverticulum abscess. Case report

Rafael Comisario, Santiago Estévez, Gonzalo Silva Blanchet

Dr. Arturo Vizcaíno

Cátedra V de Cirugía de la Facultad de Medicina UNNE

RESUMEN

Objetivos: Reporte de un caso de divertículo solitario abscedado en el ciego.

Materiales y Métodos: Presentación de un caso anatómico clínico patológico con su respectiva pieza quirúrgica resecada. Corresponde a un paciente de 25 años de edad ingresado a la guardia del Hospital "Dr. José R. Vidal" con clínica sugestiva de apendicitis aguda. Se lleva a cabo protocolo quirúrgico, en el cual se resecta un tumor plastronado y abscedado.

Resultados: La pieza quirúrgica se analiza anatomopatológicamente llegando a la conclusión de que la misma corresponde a un divertículo solitario abscedado en el ciego.

Discusión: El divertículo del ciego es una entidad rara en países occidentales, se presenta con mayor frecuencia en países orientales, esta diferencia es debida a factores genéticos más que a factores ambientales o dietéticos.

El 13,4 % de los divertículos cecales de manifiestan de forma inflamatoria, el diagnóstico basándose en la presentación clínica es extremadamente difícil y existe un error diagnóstico del 90%. Es indistinguible de una apendicitis aguda.

Los estudios complementarios pueden ser utilidad, pero no se realizan por disponibilidad limitada en la urgencia.

El tratamiento varía según 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.

Es importante destacar que el cirujano de urgencia que ingresa este capacitado para realizar cirugía mayor, ya que una aparente apendicitis aguda puede terminar en una hemicolectomía derecha.

Palabras clave: divertículo - absceso - hemicolectomía

SUMMARY

Background: A case report of solitary diverticulum abscess in the blind.

Materials and Methods: A surgical clinical case with their respective resected surgical piece. It is a 25 years old patient entered the Hospital's "Dr. José R. Vidal" emergency department with signs and symptoms suggestive for appendicitis. Surgical protocol is carried out, where a tumor with an abscess is extracted

Results: The surgical piece were analyzed and it is concluded that it corresponds to a cecum solitary diverticulum abscess.

Discussion: The cecum diverticulum is a rare entity in Western countries, is presented with greater frequency in eastern countries, this difference is due to genetic factors rather than environmental or dietary factors.

13.4% of the cecum diverticula is manifested in the inflammatory form, diagnosis based on clinical presentation, is extremely difficult and has is a diagnosis error of 90%. It is indistinguishable from acute appendicitis.

The complementary studies can be useful, but are not performed by limited availability on the urgency departments.

The treatment varies according to the findings: can range from the simple diverticulectomy when the inflammatory process is located around the diverticulum, to a right hemicolectomy when the inflammatory process is wide.

The emergency surgeon who performs the surgery must be trained to perform major surgery, as an apparent acute appendicitis can result in a right hemicolectomy.

Keywords: diverticula - abscess - hemicolectomy

INTRODUCCION

En occidente la enfermedad diverticular del colon afecta típicamente el colon izquierdo. 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% desarro-

llan diverticulitis. Greaney y cols. en su trabajo reportaron una incidencia de 1 en cada 1.000 laparotomías de urgencia por abdomen agudo¹.

El divertículo cecal es una condición benigna que tiene su más alta incidencia en asiáticos². Más del 70% de los japoneses presentan

divertículos, predominantemente en el colon derecho². La distribución demográfica sugiere que los factores de riesgo principales son la genética y la raza³. 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 intraluminal⁴.

En la enfermedad diverticular del colon, los divertículos son múltiples y asientan principalmente en el sigma y el colon descendente en los lugares de entrada de los vasos a la pared colónica, y corresponden a un proceso adquirido en relación con una hiperpresión intraluminal con insuflación de la mucosa a través de la capa muscular. Sin embargo, el divertículo solitario de ciego es de origen congénito y en su pared, a diferencia de lo que ocurre con los divertículos adquiridos, existen fibras musculares, representando un divertículo verdadero⁴.

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 ileocecal⁴.

En la bibliografía, desde el primer caso de divertículo cecal descrito por Potier en el año 1912 exceptuando revisiones aisladas como la de Sardi en 1987 con 887 casos, u otras más recientes como la de Lane en una revisión de 1999 con 49 casos, se han publicado mayoritariamente casos clínicos aislados, lo cual demuestra la rareza del proceso⁵.

Usualmente los divertículos de ciego son asintomáticos y se vuelven evidentes cuando presentan inflamación (13,4% manifestación mas frecuente), hemorragia o perforación. Las manifestaciones clínicas son semejantes a la apendicitis aguda. Es extremadamente difícil distinguir entre estas dos patologías basándose sólo en la presentación clínica y el porcentaje de error diagnóstico es mayor al 90%, la diverticulitis cecal es indistinguible a la apendicitis aguda antes de la cirugía⁶.

Existe un dilema diagnóstico, de la misma manera que ocurre con el abdomen agudo por apendicitis, puede palpase una tumoración y plantear problemas de diagnóstico diferencial con la neoplasia de ciego y otros procesos inflamatorios, como la enfermedad de Crohn, la actinomicosis o la tuberculosis intestinal.

La terapéutica para el divertículo cecal solitario abscedado 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 abscedado, hasta una hemicolectomía derecha, cuando el proceso inflamatorio es grave. Pruebas complementarias, como el enema opaco o la TAC, aunque pueden ser

de utilidad, no se realizan por disponibilidad limitada en las urgencias⁷.

Fang aboga por la resección colónica en cualquier caso de diverticulitis cecal. Representa el 23% de las hemicolectomías derechas por procesos inflamatorios localizados en la región ileocecal⁸.

CASO CLINICO

Paciente de sexo masculino de 25 años de edad, que ingresa a la guardia del Hospital "Dr. José R. Vidal" con un cuadro de 5 días de evolución. El mismo presenta dolor en epigastrio de tipo cólico, moderada intensidad que a las 48 hs. se irradia a fosa iliaca derecha aumentando de intensidad. No cede con la administración de analgésicos, ni posición antálgica. Concomitantemente refiere nauseas y vómitos de tipo alimentario, escasa cantidad que cede de forma espontánea.

Al examen físico: Frecuencia cardíaca 80 por minuto, Tensión arterial 110 / 70 mmHg, Frecuencia Respiratoria 19 por minuto, Temperatura 37,5 °C.

Se encuentra lúcido colaborador, orientado en tiempo y espacio.

Abdomen plano, simétrico, tono aumentado, depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, signo de Mc Burney +, sin signos de irritación peritoneal. Ruidos hidroaéreos positivos. Catarsis, flatos y diuresis positiva. No presenta hepatomegalia, esplenomegalia ni hernias.

Laboratorio: hematocrito 42%, glóbulos blancos 13.700, plaquetas 281.000, tiempo de coagulación 11 minutos, glucemia 88 mg/dl, uremia 21 mg/dl, sodio 139 meq/l, potasio 4,2 meq/l.

ECG en trazo normal. Radiografía de tórax normal.

Se asume como un cuadro de abdomen agudo quirúrgico y se decide como conducta una laparotomía exploradora.

Protocolo quirúrgico: Se ingresa al abdomen mediante una incisión mediana supra infra umbilical, prolongándose con electro bisturí. Se halla un tumor plastronado y abscedado en el ciego, se observa apéndice cecal congestiva.

Se clampea ileon terminal y se secciona con bisturí a 10 cm de la válvula ileocecal. Se clampea colon transversal y se secciona con bisturí entre la unión de tercio derecho con el medio, se extrae la pieza quirúrgica. Se realiza anastomosis termino terminal iliocolon en dos planos. Se deja un drenaje tubular en espacio subfrénico derecho y espacio Douglas.

La pieza quirúrgica de hemicolectomía derecha mide 21,5 cm de longitud que incluye 3 cm de ileon, 6 cm de ciego y 12,5 cm de colon.

Macroscópicamente se informa serosa congestiva y engrosada de aspecto hemorrágico a

nivel del ciego (4,5 x 3,5 x 1,5 cm) y apéndice cecal de 8,5 cm de longitud en cara anterior.

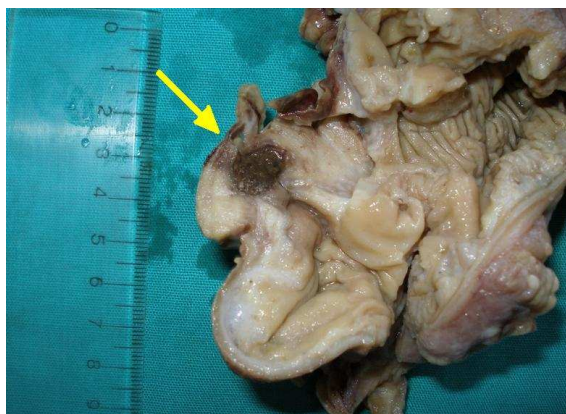
Al corte, pared de 0,7 cm, se reconoce en cara posterior de ciego una formación diverticular de 1,5 cm con contenido fecaloide, en relación con la alteración de la serosa previamente descrita.

El resto de la mucosa pardo clara con pliegues conservados.

Diagnósticos: divertículo cecal complicado, inflamación aguda. Apéndice cecal con hiperplasia folicular linfoide.

La evolución clínica fue favorable. Se administraron ciprofloxacina y metronidazol por vía intravenosa por siete días. El gasto del drenaje fue serohemático y en disminución, se retiró al séptimo día. La herida quirúrgica no presentó secreción ni signos de flogosis, se cubrió con gasas y apósitos estériles que se cambiaron diariamente. Se inició la dieta blanda al séptimo día, que toleró adecuadamente.

El paciente egresa al octavo día con antibióticos vía oral (ciprofloxacina y metronidazol) que se continuaron por cinco días más. No presentó complicaciones.



Pieza quirúrgica de hemicolectomía derecha que mide 21,5 cm de longitud que incluye 3 cm de ileon, 6 cm de ciego y 12,5 cm de colon.

Macroscópicamente se informa serosa congestiva y engrosada de aspecto hemorrágico a nivel del ciego (4,5 x 3,5 x 1,5 cm) y apéndice cecal de 8,5 cm de longitud en cara anterior.



Al corte, pared de 0,7 cm, se reconoce en cara posterior de ciego una formación diverticular de 1,5 cm con contenido fecaloide, en relación con la alteración de la serosa previamente descrita.

El resto de la mucosa pardo clara con pliegues conservados.

DISCUSION

El divertículo del ciego es una entidad rara en países occidentales, se presenta con mayor frecuencia en países orientales, esta diferencia es debida a factores genéticos más que a factores ambientales o dietéticos.

El 13,4 % de los divertículos cecales de manifiestan de forma inflamatoria, el diagnóstico basándose en la presentación clínica es extremadamente difícil y existe un error diagnóstico del 90%. Es indistinguible de una apendicitis aguda.

Los estudios complementarios pueden ser utilidad, pero no se realizan por disponibilidad limitada en la urgencia.

El tratamiento varía según los hallazgos: puede ser desde la diverticulectomía simple cuando el proceso inflamatorio esta localizado alrededor del divertículo perforado, hasta una hemicolectomía derecha cuando el proceso inflamatorio es amplio.

Es importante destacar que el cirujano de urgencia que ingresa este capacitado para realizar cirugía mayor, ya que una aparente apendicitis aguda puede terminar en una hemicolectomía derecha.

BIBLIOGRAFIA

1. Greaney EM, Snyder WH. Acute diverticulitis of the cecum encountered at emergency surgery. *Am J Surg* 1957; 94: 270 – 281
2. 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.
3. Stemmermann G, Yatani R. Diverticulosis and polyps of the large intestine: A necropsy study of Hawaii Japanese. *Cancer* 1973; 31: 1260-1270.
4. Sugihara K, Muto T, Morioka Y. Motility study in right sided diverticular disease of the colon. *Gut* 1983; 24: 1130-1134.
5. Potier F. Diverticulite et appendicite. *Bull Mem Soc Anat (París)* 1912; 37: 29-31.
6. Keidar S, Pappo I, Shperber R, Orda R. Cecal diverticulitis: a diagnosis challenge. *Dig Surg* 2000; 17: 508-512.
7. Lane JS, Sarkar R, Schmit PJ, Chandler CF, Thompson JE. Surgical approach to cecal diverticulitis. *J Am Coll Surg* 1999; 188: 629-634.
8. Fang J, Chen R, Hsu Y, Kao J. Aggressive resection is indicated for cecal diverticulitis. *Am J Surg* 2003; 185: 135-140.