

David Barzallo ⁽¹⁾
 José Luis Recalde ⁽²⁾

Divertículo solitario de ciego como causa de abdomen agudo



OPEN ACCESS

1 Médico; Postgradista R4 de Cirugía General, Universidad Internacional del Ecuador.
 2 Médico Cirujano; Servicio de Cirugía General, Hospital Vozandes Quito.

Correspondencia:
 Dr. David Barzallo
E-mail: davibarza@gmail.com

Recibido: 10 - Octubre - 2013
Aceptado: 30 - Diciembre - 2013

Palabras clave: Enfermedad gastrointestinal; Abdomen agudo; Diverticulitis colónica; Reporte de caso.

Forma de citar este artículo:
 Barzallo D, Recalde JL. Divertículo solitario de ciego como causa de abdomen agudo. Rev Med Vozandes 2013; 24: 83 - 86.

Introducción

La presencia del divertículo solitario en el colon derecho fue descrita ya en 1912 por Potier ^[1]. Esta entidad se diferencia claramente de la enfermedad diverticular del colon porque ésta se caracteriza por múltiples divertículos. Otra diferencia radica en que el divertículo solitario constituye un divertículo verdadero que compromete todas las capas del intestino, mientras que la enfermedad diverticular del colon evidencia divertículos falsos y es más común en el lado izquierdo. La prevalencia del divertículo solitario del ciego es de 0.17% en la población general y constituye 1% a 2% de los casos de divertículos en la población del hemisferio occidental ^[2,3]. Su etiología en la mayoría de casos es congénita y muchos de ellos cursan de manera silente. En un 80% de las veces se encuentran a una distancia entre 1 a 2 cm de la válvula ileocecal y un 60% se localizan en la cara anterior del ciego ^[4].

Reporte del caso

Una paciente de 27 años, sexo femenino, con antecedentes de síndrome de Lown-Ganong - Levine diagnosticado a los 8 años de edad y apendicectomía convencional hace 15 años, ingresó al servicio de emergencia tras presentar dolor abdominal de 48 horas de evolución. El dolor estuvo inicialmente localizado en epigastrio, sin alivio al consumo de antiespasmódicos. Posteriormente y 12 horas antes de su ingreso, se localizó en fosa iliaca derecha, con irradiación hacia la región lumbar y flanco derechos, siendo primero de intensidad moderada y progresivamente más intenso, acompañado de náusea que llegó al vómito por una ocasión.

Al examen físico se encontró: presión arterial 100/70 mmHg, frecuencia cardíaca 60/min., frecuencia respiratoria 20/min., temperatura 37.5 grados centígrados. La exploración abdominal demostró dolor a la palpación en fosa iliaca derecha, con hipersensibilidad y signos de peritonismo a ese nivel. Su analítica de laboratorio reveló leucocitosis (11170 k/uL), con desviación izquierda (73.1% de neutrófilos), PCR elevado (109 mg/L) y BHCG negativa para embarazo. Se realizó un ultrasonido de abdomen y pelvis, donde se evidenció una lesión redondeada, aparentemente calcificada, de 15mm de diámetro, adyacente a un asa intestinal en fosa iliaca derecha y dolorosa al paso del transductor; además, se apreció peristaltismo aumentado; **(foto 1)**.

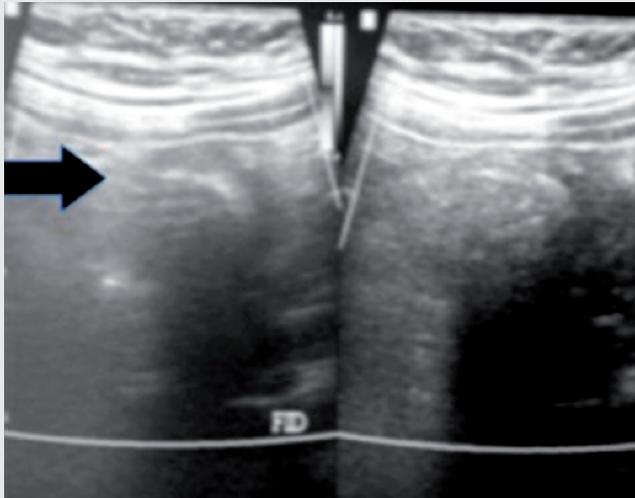


Foto 1. Imagen de ultrasonido abdominal. Se observa imagen redondeada, aparentemente calcificada, de 15 mm que produce sombra acústica en fosa ilíaca derecha.

Sin una impresión diagnóstica clara se decidió el ingreso de la paciente y se inició observación y reposo intestinal, sin que hubiera alivió de la sintomatología. Aunque los hallazgos clínicos sugerirían un proceso apendicular, este fue descartado por el antecedente de la apendicectomía. Por el tiempo de evolución del cuadro y la presencia del peritonismo persistente se consultó al servicio de Cirugía General.

Su cuadro clínico evolucionó con aumento del dolor. Como parte del proceso diagnóstico se solicitó una TAC simple y contrastada de abdomen, en la cual la lesión observada en el ultrasonido se mostró como una imagen hiperdensa, de 25mm de diámetro, aspecto calcificado, en relación con la pared del ciego y con signos inflamatorios en su periferia; (**foto 2**). No hubo signos de inflamación en el muñón apendicular, el cual se identificó apropiadamente. Con los hallazgos tomográficos, la apreciación diagnóstica fue un proceso inflamatorio a nivel del ciego, que en el contexto del caso ameritaba exploración quirúrgica.

Se planificó una laparoscopia diagnóstica bajo la impresión diagnóstica de abdomen agudo quirúrgico, posiblemente relacionado con un proceso tumoral abscedado versus un cuerpo extraño con proceso inflamatorio adyacente. Durante la cirugía se encontró líquido inflamatorio en hemiabdomen derecho y una lesión de 3 x 2 cm localizada en ciego, cubierta por epiplón y adherida a íleon terminal a manera de plastrón. Luego de liberar adherencias laxas se evidenció una estructura encapsulada, de aspecto sacular, con contenido de tejido necrótico y escaso líquido purulento en su interior, la misma que tenía continuidad con la luz del ciego; (**foto 3**).

La decisión durante el acto quirúrgico fue hacer la resección una vez identificado el sitio de origen del divertículo en la pared cecal. Tras su resección se envió el tejido para análisis por congelación, el cual descartó la presencia de malignidad, por lo cual se procedió a realizar cierre primario del ciego con sutura en dos planos mediante técnica laparoscópica. La paciente presentó una buena evolución, recibió el alta al quinto día con tolerancia oral adecuada y antes del alta hospitalaria se retiró el drenaje colocado durante la cirugía.

Comentario

El dolor en fosa iliaca derecha constituye un motivo de consulta frecuente en pacientes de todos los grupos etarios. Su diagnóstico diferencial puede ser muy sencillo o muy complejo. En el caso presentado, el cuadro fue parecido al de una apendicitis, pero estuvo causado por un divertículo solitario en ciego.



Foto 2. Imágenes de la TAC simple y contrastada de abdomen. Se observa imagen calcificada en fosa ilíaca derecha, con presencia de inflamación de la grasa adyacente.

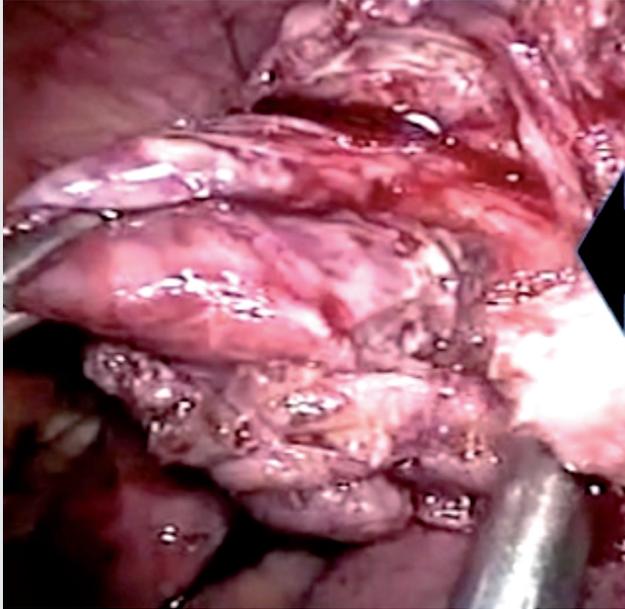


Foto 3. Imagen laparoscópica. La flecha señala la pared del ciego donde nacía el divertículo solitario de ciego, con proceso inflamatorio activo a su alrededor.

Este caso en particular muestra la necesidad de un adecuado diagnóstico diferencial en los pacientes con dolor abdominal, especialmente en aquellos con antecedente de una apendicectomía. Durante el diagnóstico diferencial, por la presencia de vómito y malestar general se debía considerar una posible transgresión alimentaria; la presencia de peritonismo y ausencia de sintomatología urinaria descartó una infección de vías urinarias o una pielonefritis; por tratarse de una mujer joven la investigación de enfermedad inflamatoria pélvica y otras causas ginecológicas fueron descartadas con el ultrasonido y BHCg negativa. El dolor inicialmente superior que se irradió hacia fosa iliaca derecha, sugería una posible apendicitis del muñón apendicular (causa raramente motivo de resolución quirúrgica), un divertículo de Meckel (aunque la paciente no estaba en el grupo de edad mas común) o un divertículo colónico o de intestino delgado.

La similitud de la sintomatología del divertículo solitario con la apendicitis ha sido descrita previamente^[1]. El diagnóstico de divertículo de ciego preoperatorio constituye un verdadero reto, pues el 70% se diagnostican al realizar una intervención por sospecha de apendicitis aguda, con una incidencia de 1 caso por cada 300 apendicectomías^[4]. La edad más frecuente de presentación está entre los 35 a 45 años. Los exámenes de imagen constituyen una ayuda indispensable cuando se incluye al divertículo solitario de ciego en el diagnóstico diferencial ya que el ultrasonido tiene un 91% de sensibilidad, 99% de especificidad y puede diferenciar esta patología de la apendicitis aguda el 100% de las veces; mientras que la tomografía axial y la resonancia magnética de igual forma tienen porcentajes elevados de diagnóstico^[5, 6].

En el caso presentado se contó con estudios de imagen adecuados; sin embargo, su interpretación no condujo a

un diagnóstico preoperatorio preciso, principalmente porque el divertículo solitario de ciego tiene una muy baja prevalencia en nuestro medio.

La laparoscopia efectuada permitió la exploración directa de la lesión inflamatoria, la toma de tejido para biopsia y la resolución por resección. No obstante, se ha descrito que los divertículos de ciego identificados de manera incidental por estudios de imagen y que no constituyan un problema que comprometa la vida del paciente, pueden tener un manejo conservador con observación estrecha, dando buenos resultados en la mayoría de pacientes^[7]. Las complicaciones incluyen eventos agudos, con imágenes de aspecto inflamatorio que requieren un tratamiento quirúrgico^[8], como fue el caso presentado.

Una vez definido el hallazgo durante el acto operatorio, debe descartarse la presencia de malignidad, por lo que se justifica la realización de un estudio transoperatorio de histopatología por congelación. Cuando se confirma malignidad o si existe una alta sospecha de la misma, el tratamiento quirúrgico debe incluir hemicolectomía derecha. Si se descarta la posibilidad de una neoplasia maligna se puede realizar diverticulectomía simple con autosutura o sin ella^[8].

En conclusión, la valoración del paciente con dolor en fosa iliaca derecha en un gran porcentaje de casos lleva a la sospecha de apendicitis aguda, sin embargo el diagnóstico diferencial es amplio y también debe incluir patologías de baja frecuencia, como el divertículo solitario de ciego. En casos de duda diagnóstica, la literatura sugiere el uso de la laparoscopia exploratoria^[9, 10]. Los métodos de imagen pueden apoyar el diagnóstico preoperatorio, pero se necesita una gran experiencia en la interpretación de las imágenes.

Conflictos de interés

Los autores señalan no tener ningún conflicto de interés.

Financiamiento

Estudio autofinanciado.

Contribuciones de los autores

Los autores contribuyeron de forma similar para la elaboración del artículo.

Referencias

1. Karatepe O, Gulcicek OB, Adas G, Battal G, Ozdenkaya Y, Kurtulus I, et al. Caecal diverticulitis mimicking acute appendicitis: a report of 4 cases. *World J Emerg Surg* 2008; 3: 16.
2. Radhi JM, Ramsay JA, Boutross-Tadross O. Diverticular disease of the right colon. *BMC Res Notes* 2011; 4: 383.
3. Zoraida M, Guillermo P. Diverticulitis cecal. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Cir Gen* 2010; 32: 125-27.
4. Yildar M, Ozkan OF, Caglayan K, Ozkul F, Cavdar F, Saygin I. An unusual cause of right lower quadrant pain: the caecum diverticulitis. *Case Rep Surg* 2012; 2012: 789397.
5. Park HC, Lee BH. Suspected uncomplicated cecal diverticulitis diagnosed by imaging: initial antibiotics vs laparoscopic treatment. *World J Gastroenterol* 2010; 16: 4854-57.
6. Chou YH, Chiou HJ, Tiu CM, Chen JD, Hsu CC, Lee CH, et al. Sonography of acute right side colonic diverticulitis. *Am J Surg* 2001; 181: 122-27.
7. Hildebrand P, Kropp M, Stellmacher F, Roblick UJ, Bruch HP, Schwandner O. Surgery for right-sided colonic diverticulitis: results of a 10-year-observation period. *Langenbecks Arch Surg* 2007; 392: 143-47.
8. Telem DA, Buch KE, Nguyen SQ, Chin EH, Webwe KJ, Divino CM. Current recommendations on diagnosis and management of right-sided diverticulitis. *Gastroenterol Res Pract* 2009; 2009: 359485.
9. Khairy G. Acute appendicitis: is removal of a normal appendix still existing and can we reduce its rate? *Saudi J Gastroenterol* 2009; 15: 167-70.
10. Singhal V, Jadhav V. Acute appendicitis: are we over diagnosing it? *Ann R Coll Surg Engl* 2007; 89: 766-69.