



Cartas científicas

Diverticulitis aguda de colon derecho: manejo de una entidad poco común



Right-sided colonic diverticulitis: Management of an unusual entity

En los países occidentales la diverticulitis colónica aguda ocurre principalmente en el colon sigmoide. Los divertículos del lado derecho representan solo el 5% de los casos de diverticulosis y el 1,5% de la diverticulitis en los países occidentales. Por el contrario, en los países asiáticos hasta el 20% de la diverticulosis y el 75% de la diverticulitis se presentan en el colon derecho (DCD). Aunque la mayoría de las veces la diverticulosis colónica es asintomática, puede ser clínicamente significativa por las graves complicaciones que puede presentar, como son absceso, perforación o sangrado. A diferencia de los divertículos del colon izquierdo, los del colon derecho suelen ser únicos y, en estos casos, son divertículos congénitos «verdaderos» con la protrusión de toda la pared del colon¹. Los pacientes con DCD tienden a ser más jóvenes que aquellos con esta misma entidad en el lado izquierdo. Además, la DCD se asocia con un menor riesgo de recurrencia. El diagnóstico precoz de la DCD suele ser difícil debido a su presentación clínica y su parecido con la apendicitis aguda². El tratamiento varía desde el conservador con antibióticos hasta la cirugía urgente, según la gravedad³. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar una cohorte de pacientes con DCD que acuden a nuestro servicio de Urgencias, analizar los patrones de presentación, las recurrencias y el tratamiento realizado.

Revisamos los registros electrónicos de todos los pacientes ingresados en el hospital por DCD entre 2016-2019 y registramos todos los eventos de seguimiento.

Se analizaron un total de 24 pacientes, el 56% hombres, con una edad media de 53 años. Ninguno de los pacientes presentó fiebre al llegar al servicio de Urgencias. Los hallazgos de laboratorio mostraron que el 70,8% de los pacientes tenían leucocitosis en la presentación y el 75% tenía una PCR elevada (> 50 mg/dL). Veintidós (91,7%) presentaron su primer episodio y solo 2 fueron recurrencias. Todos los pacientes fueron diagnosticados por tomografía axial computarizada. La clasificación de Hinchey al ingreso fue: Ia: 22 (91,7%), Ib: 2 (8,3%). Solo un paciente precisó intervención quirúrgica (hemicolectomía derecha) debido a la evolución tórpida tanto clínica como analítica a pesar del tratamiento antibiótico. Los otros

23 casos (95,9%) fueron tratados con antibióticos, con una variedad diferente de regímenes. Los pacientes con diverticulitis no complicadas fueron tratados con amoxicilina-ácido clavulánico o la combinación de ceftriaxona y metronidazol. Sin embargo, aquellos con diverticulitis complicadas recibieron tratamiento antibiótico con piperacilina-tazobactam. El 29,2% presentaron la diverticulitis en el ciego (fig. 1) y el 70% de los pacientes en el colon ascendente (fig. 2). La duración



Fig. 1 – Diverticulitis de ciego.

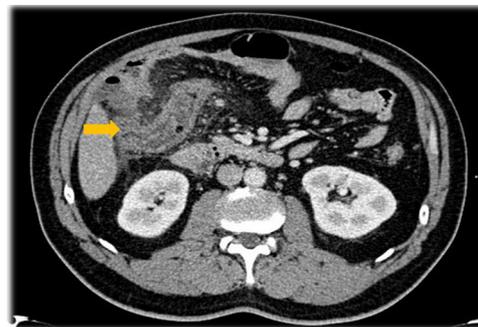


Figura 2 – Diverticulitis en colon derecho y transverso, con engrosamiento mural.

promedio de la estancia fue de 6,04 días (rango 3-12). Durante el seguimiento, 3 pacientes requirieron reingreso, uno de ellos por DCD y los otros 2 por diverticulitis colónica del lado izquierdo.

La DCD es una entidad infrecuente que generalmente se puede tratar con antibióticos y parece ser menos recurrente que la diverticulitis izquierda⁴. Aunque la mayoría de las veces la diverticulosis colónica derecha es asintomática, puede ser clínicamente significativa por las graves complicaciones que puede presentar, como son absceso, perforación o sangrado, y puede llegar a precisar intervención quirúrgica en algunos casos⁵. A pesar de que la literatura publicada indica que la raza es un factor de riesgo (más común en los asiáticos), también puede presentarse en poblaciones occidentales (todos nuestros pacientes eran caucásicos europeos). Su presentación podría imitar otras afecciones comunes como la apendicitis aguda con dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho en personas jóvenes, por lo que las técnicas de imagen generalmente son obligatorias para el diagnóstico. Este estudio de cohorte destaca la importancia de una condición infrecuente que debe considerarse en el diagnóstico diferencial de pacientes con dolor abdominal en el lado derecho⁶ y debe ser conocida por todos los cirujanos que trabajan en el servicio de Urgencias⁷.

Financiación

El presente trabajo no ha recibido ninguna financiación para su realización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kim CN. What is the difference between right- and left-sided colonic diverticulitis? *Ann Coloproctol.* 2016;32:206-7. <http://dx.doi.org/10.3393/ac.2016.32.6.206>.

2. Chiu TC, Chou YH, Tiu CM, Chiou HJ, Wang HK, Lai YC, et al. Right-sided colonic diverticulitis: Clinical features sonographic appearances, and management. *J Med Ultrasound.* 2017;25:33-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmu.2016.10.007>.
3. Zuckerman J, Garfinkle R, Vasilevksy CA, Ghitulescu G, Faria J, Morin N, et al. Shortand long-term outcomes of right-sided diverticulitis: Over 15 years of North American experience. *World J Surg.* 2020;44:1994-2001. <http://dx.doi.org/10.1007/s00268-020-05431-3>.
4. Destek S, Gül VO. Effectiveness of conservative approach in right colon diverticulitis. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2019;25:396-402. <http://dx.doi.org/10.14744/tjtes.2019.47382>.
5. Monari F, Cervellera M, Pirrera B, D'Errico U, Vaccari S, Alberici L, et al. Right-sided acute diverticulitis: A single Western center experience. *Int J Surg.* 2017;44:128-31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijsu.2017.06.025>.
6. Matsushima K. Management of right-sided diverticulitis: A retrospective review from a hospital in Japan. *Surg Today.* 2010;40:321-5. <http://dx.doi.org/10.1007/s00595-008-4055-5>.
7. Sartelli M, Weber DG, Kluger Y, Ansaloni L, Coccolini F, Abu-Zidan F, et al. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. *World J Emerg Surg.* 2020;15:32. <http://dx.doi.org/10.1186/s13017-020-00313-4>.

Nuria Chavarrías Torija*, Luis Asensio Gómez,
Jorge Saavedra Ambrosy e Inés Rubio-Pérez

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo,
Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

*Autora para correspondencia.

Correo electrónico: nuriachavarrias@gmail.com
(N. Chavarrías Torija).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.08.012>
0009-739X/

© 2021 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Influencia de la presencia de anomalía anatómica carotídea en la cirugía de rescate por recidiva de carcinoma papilar de tiroides



Influence of carotid anatomy anomaly in rescue surgery due to relapse of papillary thyroid cancer

Un *kinking* vascular es una malformación, típicamente arterial, cuyo origen más verosímil es embrionario¹, derivada de una excesiva longitud del vaso, que lo dota de una forma de Z y que ha demostrado ser un factor de riesgo cardiovascular independiente². Debido a su elevada superficie de contacto

con las estructuras circundantes, a las que incluso puede envolver total o parcialmente, supone una dificultad quirúrgica con riesgo de lesión.

Presentamos el caso de una mujer de 89 años con antecedente de carcinoma papilar de tiroides tratado mediante