



P-595 - DIVERTICULITIS DEL APÉNDICE CECAL ASOCIADA A APENDICITIS AGUDA, CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO

C. Arcos Quirós, E. Hernández Ollero, J.A. Guerra Bautista, J. Mena Raposo, D. Candil Comesaña, F. de Abajo, F. Acedo García y J.L. Muñoz Boo

Hospital de la Merced, Osuna.

Resumen

Introducción: La diverticulitis del apéndice vermiforme, fue descrita en 1893 por Kelynack. Se han publicado algunas series en las que se estudian centenares de piezas de apendicectomías realizadas por apendicitis aguda y en las que la incidencia de enfermedad diverticular del apéndice cecal se sitúa en cifra menor al 1%. A continuación presentamos un caso de enfermedad diverticular apendicular asociada a apendicitis aguda diagnosticada durante la intervención quirúrgica.

Caso clínico: Varón de 44 años que acudió por presentar dolor abdominal de 2 días de evolución asociado a deposiciones diarreicas. A la exploración física destacaba, dolor abdominal localizado en flanco y FID, con Blumberg dudoso. Dado los hallazgos, se decidió realización de analítica (normal salvo PCR 49,4 mg/dl) y ecografía de abdomen, apéndice con signos inflamatorios, leve cantidad de líquido libre en pelvis y hallazgos sugestivos de apendicitis aguda de inicio. Se realizó intervención quirúrgica urgente observándose apendicitis aguda flemonosa y diverticulitis apendicular, practicándose apendicetomía. El estudio histológico confirmó el diagnóstico. Tras la intervención el paciente evolucionó favorablemente, sin complicaciones, siendo dado de alta a las 48 horas.

Discusión: Los divertículos apendiculares pueden ser causantes del proceso inflamatorio y en ocasiones, son hallazgos no relacionados directamente con el cuadro apendicular agudo. La clínica de la diverticulitis apendicular es indistinguible de la de una apendicitis aguda. Los divertículos del apéndice pueden ser congénitos o adquiridos, únicos o múltiples. La forma congénita es menos frecuente, representando sólo el 3%, generalmente son únicos y se localizan en el borde antimesentérico del apéndice; estos se han asociado a trisomía D 13-15 o síndrome de Patau. Los divertículos adquiridos, carecen de capa muscular propia en la pared, se encuentran con mayor frecuencia en el tercio distal del apéndice (60%), sobre el borde mesentérico y asociados a los vasos arteriales y tienen un tamaño pequeño (2 a 5 mm). La media de edad es relativamente más alta y con un predominio del sexo masculino. La enfermedad diverticular del apéndice presenta dos particularidades: 1ª) hay evidencia que asocia esta patología con mayor morbilidad (perforación del apéndice) que la apendicitis aguda simple y 2ª) asociación con neoplasias malignas, destacando los tumores carcinoides y los adenomas mucinosos. Se han descrito, como factores de riesgo la edad mayor de 30 años, sexo masculino, antecedente de fibrosis quística y enfermedad de Hirschsprung. Algunos autores, sugieren que esta entidad puede estar involucrada en cuadros de dolor abdominal crónico recurrente que mejora con la realización de la apendicetomía. La mayoría de casos de diverticulitis apendicular pueden ser diferenciados de apendicitis aguda con la TC de cortes delgados, al visualizar los divertículos inflamados como una pequeña protrusión quística del apéndice con aumento del contraste en la pared del divertículo. En una

revisión retrospectiva, establecieron que la TC tiene una sensibilidad y una especificidad para la diferenciación de diverticulitis apendicular y apendicitis aguda, de 80% y 100%, respectivamente. El tratamiento de elección es la apendicetomía, dado el mayor riesgo de perforación, la mortalidad y la asociación a neoplasias de dicha enfermedad.