



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-750 - DIVERTICULITIS APENDICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ponce, Úrsula; Peiró, Fabián; Macero, Ángel; Planells, Manuel; Seguí, Jesús

Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francisc de Borja, Gandía.

Resumen

Objetivos: El objetivo de este trabajo es presentar una patología muy poco frecuente como es la diverticulitis apendicular, clínicamente prácticamente indistinguible de la apendicitis aguda, como causa de abdomen agudo, a través del caso que se comenta a continuación.

Caso clínico: Hombre de 50 años que acude a Urgencias con dolor abdominal de varios días de evolución en fosa ilíaca derecha. A la exploración Blumberg positivo. Analítica con leucocitosis leve. Se realiza ecografía abdominal, que informa de apendicitis aguda, y con estos datos se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza laparoscopia, y se observa plastrón en fosa ilíaca derecha con apéndice englobado, e inflamado mayormente en su mitad distal. Se realiza apendicectomía, y el paciente evoluciona favorablemente, siendo alta a los 2 días. El resultado anatomopatológico de la pieza comprobado en consultas es de diverticulitis apendicular en la punta del apéndice.

Discusión: La diverticulitis apendicular es una rara entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo cuando se sospecha de apendicitis aguda. Su diagnóstico suele ser casual, en la consulta, tras ver el informe patológico y revisar al paciente. Se presenta con una frecuencia del 0,004 al 2,1%, en varones de mediana edad entre 40-50 años (más tardío que la apendicitis). La clínica es poco característica, y se diferencia de la apendicitis aguda en que sólo presenta dolor en fosa ilíaca derecha de varios días o semanas de evolución, sin asociar náuseas, vómitos, diarrea ni fiebre. Los síntomas al ser más larvados, retrasan el diagnóstico, siendo esto la causa de una cirugía más tardía y más probabilidad de complicaciones como la perforación del divertículo (que suele darse en el mesoapéndice dando una peritonitis focal, en vez de la apendicitis que se perfora en el lado antimesentérico dando una peritonitis más difusa). La analítica presenta pocas alteraciones, sólo una leucocitosis leve, sin elevación de otros reactantes de fase aguda. Los hallazgos en las pruebas de imagen son prácticamente indistinguibles entre las dos patologías, ya sea por ecografía o por TC abdominal. El tratamiento de elección en ambas entidades es la apendicectomía laparoscópica. El diagnóstico definitivo nos lo dará el análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica, mostrando divertículos congénitos (con todas las capas de la pared, menos frecuentes) o adquiridos (sin capa muscular, más susceptibles de perforación, y más frecuentes) en la mitad distal del apéndice. También se han relacionado los divertículos apendiculares con lesiones como el cistoadenoma mucinoso, tumor carcinoide y adenocarcinomas. En pacientes asintomáticos, se recomienda su tratamiento quirúrgico profiláctico, dadas las complicaciones que puede tener y la mayor mortalidad. Por lo tanto, a pesar de su poca frecuencia y su difícil diagnóstico, la diverticulitis apendicular debería tenerse en cuenta ante cualquier paciente con clínica de apendicitis aguda “atípica”.