



www.elsevier.es/cirugia

P-578 - HALLAZGO LAPAROSCÓPICO INESPERADO: DIVERTICULITIS APENDICULAR

Alonso Batanero, Sara¹; Álvarez Primo, Juan Carlos¹; Alonso Batanero, Esther²; Iglesias Rodríguez, Nuria¹; de Paz Monteagudo, María Ángeles¹; González Fernández, María Elena¹; Peláez Buján, María del Carmen¹; Cabrera Sánchez, Antonio¹

¹Hospital el Bierzo, Ponferrada; ²Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Resumen

Objetivos: Conocer la existencia de la diverticulitis apendicular y su manejo terapéutico. Presentamos el caso de un paciente con diverticulitis apendicular que simulaba una apendicitis aguda.

Caso clínico: Varón de 49 años sin antecedentes de interés que consultó por vómitos y dolor abdominal de 3 días de evolución. En la exploración física presentaba dolor abdominal en fosa ilíaca derecha con defensa involuntaria a ese nivel (Blumberg +). Los resultados de la analítica de sangre fueron normales. Se realizó una TAC abdominal que informaron de apéndice con signos inflamatorios compatibles con apendicitis aguda, coincidiendo con nuestra sospecha clínica. Por lo que se decidió realización de apendicectomía laparoscópica. Durante las maniobras de exposición del apéndice se evidenció la presencia de múltiples divertículos apendiculares con signos de inflamación (hallazgo que confirmó el estudio anatomo-patológico), completándose finalmente la apendicectomía laparoscópica. El posoperatorio cursó sin incidencias siendo alta al tercer día posoperatorio.

Discusión: La diverticulitis apendicular es una patología infrecuente, se estima que su incidencia es 0,004-2,1%. A su vez los divertículos pueden ser verdaderos o congénitos y falsos o adquiridos. Pueden ser solitarios o múltiples, pudiéndose encontrar a lo largo de todo el apéndice. Normalmente miden de 0,2 a 0,5 mm y afectan generalmente más a varones a partir de la 3^a década de la vida. Fue descrita por primera vez por Kelynak en 1893. Su presentación clínica es inespecífica por lo que puede ser indistinguible de una apendicitis aguda. Aunque puede tener una evolución más indolente que nos lleve a un retraso de su diagnóstico. Lo cual puede derivar en un mayor porcentaje de casos de perforación apendicular que se asocia a una mayor morbilidad. Las pruebas de imagen (ecografía y TAC) pueden ser sugestivas y contribuyen al diagnóstico preoperatorio pero el diagnóstico definitivo es anatomo-patológico. La apendicectomía es el tratamiento de elección en los casos sintomáticos. En pacientes asintomáticos hay que individualizar y valorar los riesgos y beneficios de la apendicectomía profiláctica. Ya que se estima que dos tercios van a presentar un episodio de inflamación aguda, con perforación apendicular en un 50% de los casos.