



www.elsevier.es/cirugia

P-646 - PERFORACIÓN DIVERTÍCULO CECAL EN EMBARAZADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Miota de Llama, Jose Ignacio; Conde Inarejos, Belén; Moreno Flores, Beatriz; Valero Liñán, Antonio Serafín; González Masiá, Jose Antonio; Morales Serrano, María Luisa; Aguado Rodríguez, Beatriz; García Pérez, Cristina

Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Resumen

Introducción: La diverticulitis solitaria de ciego es una patología infrecuente en la población general (0,17%), y sobre todo muy raro en los países de occidente, predominando la enfermedad diverticular en colon izquierdo y solo un 2% en colon ascendente. Los divertículos pueden ser de dos tipos: verdaderos (presentan todas las capas), son solitarios y de origen congénito, más frecuentes en colon derecho; y los falsos (solo presentan mucosa o submucosa), suelen ser múltiples y adquiridos, localizándose en colon izquierdo.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 25 años, gestante de 14 semanas, que acude a Urgencias por dolor abdominal localizado en fosa ilíaca derecha, de 48 horas de evolución, junto con vómitos; sin otra sintomatología acompañante. A la exploración presentaba abdomen grávido de acuerdo a su edad gestacional, con dolor y defensa sobre flanco y FID, Blumberg positivo. En analítica de ingreso se aprecia ligera leucocitosis (10.480) sin desviación izquierda ni otras anomalías. Se realizó ecografía abdominal urgente que evidenciaba en FID líquido loculado de aproximadamente $2,7 \times 2,3$ cm, sin identificar apéndice. Embarazo intrauterino normal con signos vitales fetales sin alteración. Se decidió tratamiento médico conservador, instaurándose analgesia + antibioticoterapia iv (amoxicilina-ácido clavulánico). Tras cinco días de ingreso, la paciente persistía con dolor y defensa a la exploración en FID y mal estado general, por lo que decidimos intervención quirúrgica urgente vía laparoscópica. Los hallazgos fueron de diverticulitis cecal microperforada con absceso purulento adyacente. Apéndice macroscópicamente normal. Se realizó diverticulectomía con GIA 60 mm y lavado cavidad. El curso posoperatorio transcurrió sin incidencias, siendo dada de alta asintomática al sexto día y con control fetal normal. La anatomía patológica de la pieza reveló intestino grueso compatible con divertículo con signos de perforación mural y peritonitis aguda.

Discusión: El divertículo cecal es una entidad benigna rara en los países occidentales. Alrededor del 80% están localizados en la cara anterior del ciego, cerca de la válvula ileocecal. Usualmente son asintomáticos, aunque el 14% de los mismos desarrollaran diverticulitis, ocasionando un cuadro clínico semejante a la apendicitis aguda, con dolor abdominal en FID y exploración abdominal con signos de peritonismo. El diagnóstico diferencial debemos realizarlo también con otras patologías como enteritis regional, neoplasia de ciego, tuberculosis intestinal o divertículo de Meckel, y dirigir las pruebas de imagen más adecuadas como TAC y ecografía. El tratamiento varía en función de los hallazgos operatorios, podemos realizar desde una diverticulectomía simple cuando el proceso está circunscrito al divertículo; hasta una hemicolectomía derecha ante la sospecha de neoplasia de ciego o proceso inflamatorio grave. La diverticulitis cecal es una patología inusual en nuestro medio, pero que debemos conocer ya que podemos encontrarnoslo como hallazgo incidental tras una cirugía urgente por sospecha de abdomen agudo.