



VC-115 - APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR DIVERTICULITIS APENDICULAR COMPLICADA

Sáez Ruiz, Susana; Rodríguez Carrillo, Rodolfo; Frangi Caregnato, Andrés; Fernández Palop, Isabel; Vázquez Tarragón, Antonio; Aguilera Capsir, Eva; Fernández Martínez, Cristina

Hospital de Sagunto, Puerto de Sagunto.

Resumen

Introducción: La diverticulitis aguda apendicular es una causa poco frecuente de abdomen agudo, considerada clínicamente indistinguible de la apendicitis aguda. La diverticulitis presenta un curso más indolente suponiendo en ocasiones un retraso en el diagnóstico.

Caso clínico: Presentamos el caso de un hombre de 72 años que acude a urgencias por dolor abdominal de 12 horas de evolución. A la exploración presentaba defensa a palpación en FID con Blumberg +. En la analítica realizada en urgencias tan solo destacaba una PCR 10 mg/L. En TC abdominal se evidenció cambios inflamatorios en pelvis con posible plastrón apendicular y la presencia de dos imágenes pseudodiverticulares en el apéndice. Dado los hallazgos se decidió intervención quirúrgica urgente. Se realizó laparoscopia exploradora evidenciando la presencia de peritonitis aguda localizada que implicaba el apéndice cecal, confirmándose la existencia de dos formaciones diverticulares, una de la punta y otra en la base apendicular. Tras identificación de este, se procedió a la realización de la apendicectomía. Se hizo hincapié en la disección de la base dada la importancia de la exéresis total de ambos divertículos en la pieza quirúrgica. Posteriormente se seccionó el apéndice entre dos *endo-loop* y se coaguló el muñón con electrocoagulación. Finalmente se dejó un drenaje en parietocólico derecho y se procedió a la extracción de la pieza.

Discusión: La diverticulosis apendicular es una enfermedad infrecuente que presenta una incidencia 1%. Esta consiste en la presencia de divertículos en la pared del apéndice cecal. La clínica de una diverticulitis apendicular puede ser indistinguible de la apendicitis aguda, pero existen ciertas características particulares que la distinguen de esta última, como son la presencia de dolor abdominal insidioso y/o la escasa clínica gastrointestinal. El manejo de ambas entidades reside en la intervención quirúrgica y, en su mayoría, el diagnóstico suele ser intraoperatorio o tras estudio anatomopatológico de la pieza.