

Cartas al director



Localizador web
Artículo 29.955

Diverticulitis solitaria de ciego. Presentación de 2 casos

Sr. Director:

La inflamación de un divertículo solitario de ciego es una forma infrecuente de enfermedad diverticular colónica, que debe ser considerada como una entidad diferente a la que se presenta sobre el colon izquierdo por una serie de características específicas. Tanto la sintomatología como los hallazgos inespecíficos detectados en la analítica y en la radiografía simple de abdomen son similares a los de la apendicitis aguda y, por tanto, el diagnóstico preoperatorio es un reto. Intraoperatoriamente, también puede plantear problemas para el diagnóstico diferencial con procesos inflamatorios específicos o neoplásicos de ciego y hacer dudar sobre la técnica quirúrgica adecuada.

En la bibliografía, desde el primer caso de divertículo cecal descrito por Potier en el año 1912¹ –exceptuando revisiones aisladas como la de Sardi en 1987 con 887 casos², u otras más recientes como la de Lane en una revisión de 1999 con 49 casos³–, se han publicado la mayoría de las veces casos clínicos aislados, lo cual demuestra la rareza del proceso. En todo caso, se debe diferenciar el divertículo solitario de ciego, presente en la población general con una frecuencia del 0,17%, de la enfermedad diverticular de colon con afección concomitante de ciego y que puede aparecer en el 6,7%^{2,4}.

De forma retrospectiva, hemos revisado las intervenciones quirúrgicas practicadas de urgencia por sospecha de apendicitis aguda desde enero de 1993 hasta diciembre de 1999, encontrando sobre un total de 702 intervenciones por ese motivo 2 casos de diverticulitis solitaria de ciego.

Caso 1

Varón de 33 años, que contaba como único antecedente la existencia de colon irritable y que acudió a urgencias por presentar desde hacía 24 h dolor en la fosa ilíaca derecha sin otra sintomatología acompañante. En la exploración se encontraba afebril y presentaba dolor selectivo a la presión en la fosa ilíaca derecha con Blumberg positivo. En la analítica se observó únicamente como dato patológico leucocitosis (14.600 leucocitos) con desviación izquierda, y en la radiografía de abdomen un asa de intestino delgado dilatada en la fosa ilíaca derecha con borramiento del psoas derecho. Con la sospecha diagnóstica de apendicitis aguda se decidió intervención quirúrgica urgente que consistió en una incisión de McBurney, a través de la cual se observaba gran cantidad de líquido purulento en el parieto-cólico derecho, y Douglas debido a una diverticulitis de ciego

perforada delante del ileon terminal con un apéndice normal. Se realizaron lavados de la cavidad peritoneal, apendicectomía y la resección del polo cecal con invaginación de la línea de sutura. En el postoperatorio presentaba una neumonía que evolucionaba favorablemente con antibióticos y broncodilatadores, siendo dado de alta a los 7 días de la intervención, afebril y asintomático. El estudio histopatológico de la pieza reveló la existencia de una diverticulitis gangrenosa cecal.

Caso 2

Mujer de 36 años, sin antecedentes patológicos de interés, que fue remitida al servicio de urgencias por presentar desde hacía 24 h dolor abdominal localizado en la fosa ilíaca derecha sin otra sintomatología acompañante. En la exploración estaba afebril y el único dato relevante era la existencia de un dolor selectivo a la presión en la fosa ilíaca derecha con Blumberg positivo. En la analítica se observaba leucocitosis (12.900 leucocitos) con desviación izquierda y en la radiografía de abdomen no aparecían hallazgos patológicos. Ante la sospecha diagnóstica de apendicitis aguda se decidió intervención quirúrgica urgente practicándose incisión de McBurney a través de la cual se identificó un plastrón inflamatorio cecal por delante del ileon terminal con un apéndice normal. Se realizó una apendicectomía y la extirpación del polo cecal con GIA 60, con invaginación de la línea de sutura. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, por lo que fue dada de alta a los 4 días de la intervención, afebril y asintomática. El estudio histopatológico de la pieza reveló la existencia de una formación sacular constituida por paredes de intestino grueso con ulceración de la mucosa e intenso infiltrado inflamatorio transmural agudo.

En la enfermedad diverticular del colon, los divertículos son múltiples y asientan principalmente en el sigma y el colon descendente en los lugares de entrada de los vasos a la pared colónica, y corresponden a un proceso adquirido en relación con una hipertensión intraluminal con insuflación de la mucosa a través de la capa muscular. Sin embargo, el divertículo solitario de ciego es de origen congénito y en su pared, a diferencia de lo que ocurre con los divertículos adquiridos, existen fibras musculares, representando un divertículo verdadero tal y como se ha observado en los casos relatados. No obstante, otros autores no han demostrado todas las capas en su pared y defienden un origen adquirido^{6,7}.

El divertículo solitario de ciego cursa de forma silente, y cuando produce síntomas se deben al desarrollo de una diverticulitis aguda o hemorragia. La inflamación diverticular es la manifestación más frecuente y puede aparecer en el 13,4% de los portadores de divertículo cecal⁸. Al igual que lo ocurrido con nuestras observaciones, tan sólo representan el 0,2% de las intervenciones por abdomen agudo⁹ y no hay sintomatología específica, aunque pueden llegar a representar el 23% de las hemicolectomías derechas por procesos inflamatorios localizados en la región ileocecal⁹. Las manifestaciones clínicas son idénticas a las de una apendicitis aguda y, aunque se ha mencionado en la bibliografía una presentación a mayor edad y unas características clínicas específicas con mayor duración y menor incidencia de náuseas o vómitos¹¹⁻¹³, únicamente puede pensarse en esta entidad cuando al paciente se le ha efectuado previamente una apendicectomía. De la misma manera que ocurre con el abdomen agudo por apendicitis, puede palparse una tumoración y plantear problemas de diagnóstico diferen-

cial con la neoplasia de ciego y otros procesos inflamatorios, como la enfermedad de Crohn, la actinomicosis o la tuberculosis intestinal. Otras pruebas complementarias, como el enema opaco¹³⁻¹⁵ o la TC^{16,17}, aunque pueden ser de utilidad, no se realizan por disponibilidad limitada en las urgencias y, además, por tratarse de un proceso que apenas hace dudar sobre un origen apendicular.

El diagnóstico preoperatorio es excepcional y la mayoría de las veces se realiza una laparotomía por sospecha de apendicitis aguda. Durante el acto quirúrgico todavía pueden persistir problemas para un diagnóstico diferencial con procesos neoplásicos de ciego hasta en un 40% de los casos^{2,4,18}.

Las opciones terapéuticas son diversas y hay disparidad de criterios dependiendo de cada caso en particular. Algunos autores defienden el tratamiento conservador con antibioterapia, siempre que sea posible, ya que va a permitir realizar pruebas complementarias encaminadas a un diagnóstico más preciso y descartar un proceso neoplásico o una enfermedad de Crohn¹⁹; y otros optan por la resección ileocólica de entrada²⁰. Sin embargo, la mayoría de autores opinan que una vez realizada la laparotomía y siempre que el cirujano esté convencido de haber diagnosticado una diverticulitis cecal y la inflamación sea limitada, puede bastar una resección local facilitada por la utilización de grapadoras mecánicas tipo GIA, asociando siempre una apendicectomía. En caso de duda diagnóstica respecto a un proceso neoplásico o múltiples divertículos, se aconseja la hemicolectomía derecha. Por otro lado, si en el curso de una laparotomía practicada por otro motivo se encuentra un divertículo cecal solitario, lo más prudente será invadirlo mediante sutura "en bolsa de tabaco"^{11,21,24}. No se recomienda el simple drenaje y apendicectomía porque pueden persistir los síntomas a largo plazo y hacer necesaria posteriormente una hemicolectomía derecha³. Otros autores aconsejan, ante un diagnóstico intraoperatorio por laparoscopia de diverticulitis cecal solitaria, la apendicectomía y el tratamiento antibiótico postoperatorio, siempre que se descarte absceso y no haya evidencia de proceso neoplásico²⁵.

En los 2 casos relatados en este trabajo, la intervención se realizó por sospecha de una apendicitis aguda y el diagnóstico fue intraoperatorio, siendo necesario el estudio extracorpóreo del polo cecal una vez extirpado para confirmar la existencia de una diverticulitis cecal en el segundo de los casos. Pensamos que en estas situaciones la opción quirúrgica de elección es la resección limitada del polo cecal asociando apendicectomía y que la hemicolectomía derecha debe ser reservada para cuando se planteen problemas de diagnóstico diferencial con procesos neoplásicos o dificultades locales por un proceso inflamatorio extenso.

**J.I. Tubía Landaberea, M. Palomar de Luis,
N. Partearroyo, C. Uriarte Zaldúa,
E. López de Heredia Armentia, J. Gil Sánchez Sainz de la Maza,
I. Galarraga Ibarrolaburu y J.F. Farnández Val**

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.
Hospital de Mendaro. Guipúzcoa.

Bibliografía

- Potier F. Diverticulite et appendicite. Bull Mem Soc Anat (París) 1912; 37: 29-31.
- Sardi A, Gorkli A, Singer JA. Diverticular disease of the cecum and ascending colon. A review of 881 cases. Am Surg 1987; 53: 41-45.
- Lane JS, Sarkar R, Schmit PJ, Chandler CF, Thompson JE. Surgical approach to cecal diverticulitis. J Am Coll Surg 1999; 188: 629-634.
- Wagner DE, Zollinger RW. Diverticulitis of the cecum and ascending colon. Arch Surg 1961; 83: 436.
- Parks TG. Natural history of diverticular disease of the colon. A review of 521 cases. Br Med J 1969; 4: 639-645.
- Kovalcik PJ, Sustarcic DL. Cecal diverticulitis. Am Surg 1981; 47: 72-73.
- Ligorrá Padilla LA, Casamayor Franco MC, Munilla López E, García Omedes A, Sarvié Lacasa F, Baqué Sanz F. Diverticulitis cecal solitaria. Cir Esp 1999; 66: 100.
- Miangolarra CJ. Diverticulitis of the right colon: an important surgical problem. Ann Surg 1961; 153.
- Greaney EM, Snyder WH. Acute diverticulitis of the cecum encountered at emergency surgery. Am J Surg 1957; 94.
- Sarkar R, Bennion RS, Schmit PJ, Thompson JE. Emergent ileocectomy for infection and inflammation. Am Surg 1997; 63: 874-877.
- Tocchi A, Mazzoni G, Liotta G, Lepre L, Costa G, Agostini N et al. Treatment of cecal diverticulitis. Giorn Chir 1998; 19: 301-303.
- Chen SC, Chang KJ, Wei TC, Yu SC, Wang SM. Can cecal diverticulitis be differentiated from acute appendicitis? J Formos Med Assoc 1994; 93: 263-265.
- Graham SM, Ballantyne GH. Cecal diverticulitis. A review of the American experience. Dis Colon Rectum 1987; 30: 821-826.
- Norfray JF, Givens JD, Sparberg MS, Dwyer RM. Cecal diverticulitis in young patients. Gastrointest Radiol 1980; 5: 379-382.
- Balthazar EJ, Megibow AJ, Gordon RB, Hulnick D. Cecal diverticulitis: evaluation with CT. Radiology 1987; 162: 79-81.
- Crist DW, Fishman EK, Scatrigi JC, Cameron JL. Acute diverticulitis of the cecum and ascending colon diagnosed by computed tomography. Surg Gynecol Obstet 1988; 166: 99-102.
- Jang JH, Lim HK, Lee SJ, Choi SH, Lee MH, Choi MH. Acute diverticulitis of the cecum and ascending colon. Am J Roentgenol 1999; 172: 601-604.
- Schmit P, Bennion RS, Thompson JE Jr. Cecal diverticulitis a continuing diagnostic dilemma. World J Surg 1991; 15: 367-371.
- Fischer MG, Farkas AM. Diverticulitis of the cecum and ascending colon. Dis Colon Rectum 1984; 27: 455-458.
- Wyble EJ, Lee WC. Cecal diverticulitis: changing trends in management. South Med J 1988; 81: 313-316.
- Pelayo Salas A, Fermián Rodríguez A, Casals Garrigó R, Pérez Ruiz L. Diverticulitis única de ciego. Cir Esp 1999; 66: 457-458.
- Nirula R, Greaney G. Right sided diverticulitis: a difficult diagnosis. Am Surg 1997; 63: 871-873.
- Listorto G, Rossi M, Ferranti F, Ippoliti A, D'Aristotle A, Di Lorenzo N et al. Diverticulitis of the cecum: description of 2 clinical cases. Minerva Chir 1996; 51: 245-249.
- Morschel M, Becker H. Diagnosis and therapy of cecal diverticulitis. Zentral für Chir 1993; 118: 81-83.
- Harada. Surgical management of cecal diverticulitis. Am J Surg 1993; 166: 666-671.



Invaginación intestinal coloanal por actinomicosis en el adulto

Sr. Director:

La invaginación intestinal consiste en el deslizamiento de una parte del intestino dentro de otro segmento intestinal, lo cual ocasiona obstrucción. Es una enfermedad más frecuente en la infancia que en la edad adulta¹. En los niños es de tipo idiopático en la mayoría de los casos^{2,3}, mientras que en el