

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 invaginarlo 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. Gallarraga 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.
- Ligorred Padilla LA, Casamayor Franco MC, Munilla López E, García Omedes A, Sarvisé 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 ileocecectomy 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, Scatarige JC, Cameron JL. Acute diverticulitis of the cecum and ascending colon diagnosed by computed tomography. Surg Gynecol Obstet 1988; 166: 99-102.
- Jang HJ, 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, Ferriñán 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'Aristotile 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 fur 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

(Cir Esp 2001; 64: 421)

adulto predominan las causas secundarias, y dentro de éstas la más frecuente son los tumores benignos o malignos⁴. Nos motivó revisar este tema la presentación de un paciente con una invaginación coloanal por actinomicosis, que es el tipo más raro de éstas, con el fin de valorar el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

Se trataba de un paciente de 66 años de edad que desde hacía 3 días presentaba dolor abdominal difuso de tipo cólico y no expulsaba ni heces ni gases. Notaba, además, una tumoración que protruía por el ano y en algunas ocasiones después de los cólicos expulsaba una pequeña cantidad de líquido sanguinolento por el ano.

Examen físico. Abdomen distendido hacia la periferia, doloroso difusamente a la palpación superficial y profunda, aumento de la sonoridad abdominal a la percusión, ruidos hidroaéreos aumentados. Región perianal: se observaba una tumoración que protruía unos 8 cm del borde anal con la parte distal de aspecto necrótico; se realizó un tacto rectal donde se comprobó que dicha tumoración era independiente de toda la circunferencia de la pared rectal, así como la presencia de sangre.

Exámenes complementarios. Hb 137 g/l; radiografía anteroposterior de abdomen simple: distensión de colon con múltiples niveles hidroaéreos.

Se decidió operar como una oclusión intestinal por invaginación coloanal. En el acto operatorio se encontró una invaginación sigmoidorrectoanal; se desinvaginó unos 20 cm de sigmoide quedando unos 15 cm que no se podían reducir, de aspecto tumoral pero no maligno; se hizo resección del segmento afectado con cierre del cabo distal y colostomía sigmoidea proximal. El paciente evolucionaba favorablemente y regresó a los 5 días a su domicilio.

El resultado de la biopsia fue de actinomicosis colónica.

El diagnóstico de la invaginación intestinal en el adulto es tardío en la mayoría de los casos debido a lo infrecuente de su presentación. De todas las formas anatómicas posibles la coloanal, es decir, aquella en que se produce protrusión del colon al exterior a través del ano, es la más rara; no obstante, pensamos que esta forma es la de más fácil diagnóstico por lo evidente de la sintomatología⁵. En el 90% de los casos son debidas a tumores benignos o malignos; por tanto, este paciente fue una excepción, cuyo caso tuvo como causa una actinomicosis del sigmoide. El sitio del colon donde más tumores malignos se presentan es el sigmoide; la actinomicosis, por otra parte, es infrecuente en el colon y cuando se presenta el lugar más común es en el ciego⁶. La actinomicosis localizada en el sigmoide sirvió como cabeza invaginante, facilitando la introducción del intestino en el recto y su salida al exterior.

Cualquiera que sea el sitio de la invaginación, en el adulto después de intentar la desinvaginación, de ser posible, debe buscarse una causa secundaria, sobre todo un tumor maligno; la forma idiopática se consideraría en última instancia en el adulto, lo cual favorecería su pronóstico al actuarse sobre la causa^{7,8}.

En conclusión, en el adulto la invaginación intestinal es rara, pero debe tenerse en cuenta este diagnóstico frente a un cuadro oclusivo de varios días de evolución, y en el acto operatorio, hasta que no se demuestre lo contrario, hay que buscar siempre una causa secundaria.

**R. Cobiellas Rodríguez, B. Estrada Díaz,
J.L. Montes de Oca Mastrapa y C. Serrano Pons**

Servicio de Cirugía General. Hospital Dr. Ernesto Guevara de la Serna.
Las Tunas. Cuba.

Bibliografía

1. Viddal KO. Intestinal invagination in children. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1998; 118: 4196.
2. Beasley SW, Myers NA. Intussusception current views. *Pediatr Surg Int* 1998; 14: 157.
3. Eikeset K, Markestad T. Intestinal invagination in children in the county of Hordaland 1983-92. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1998; 118: 4197-4199.
4. Pinero Madrona A, Ríos Zambudio A, Castellanos Escrig G, Carrasco Prats M, Parrilla Paricio P. Intestinal invagination in the adult. *Gastroenterol Hepatol* 1998; 21: 398-400.
5. Lataste J, Albout JC, Boeuf A. Les invaginations coloniales de l'adulte. *J Chir* 1975; 109: 284.
6. Salazar R, Guevada JM, Godoy A. Bacteriemia por actinomyces. *Am Fac Med* 1997; 58: 147-148.
7. Lorenzi M, Iroatulam AJ, Vernillo R, Banducci T, Mancini S, Tiribocchi A et al. Adult colonic intussusception caused by malignant tumor of the transverse colon. *Am Surg* 1999; 65: 11-14.
8. Kanoh T, Shiari Y, Wakai T, Hatakeyama K. Malignant fibrous histiocytoma metastases to the small intestine and colon presenting as an intussusception. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 2599-2595.



Artículo 29.957

Endometriosis de la pared abdominal. Una localización infrecuente

Sr. Director:

La endometriosis es una enfermedad que se asocia frecuentemente a esterilidad aunque se presenta habitualmente en la edad reproductiva, con una meseta de máxima incidencia entre los 35 y los 40 años, si bien se puede encontrar en mujeres más jóvenes, e incluso en posmenopáusicas¹.

La frecuencia de aparición de las endometriosis se estima en torno al 10% de todas las mujeres, aunque su frecuencia extraperitoneal es mucho menor, de ahí que cuando aparece en estas localizaciones plantee problemas de diagnóstico diferencial, como ocurrió en los casos que presentamos.

Caso 1

Paciente de 27 años, fumadora de 20 cigarrillos al día, alérgica a la penicilina, y amigdalectomizada en la infancia, menarquia a los 15 años, ciclos 3-4/28 y dismenorrea. El único antecedente quirúrgico abdominal fue una cesárea 4 años antes.

Refería desde hacía 4 meses dolor, febrícula y sensación de tumoración en el hipogastrio y la línea media abdominal. Fue tratada con antibióticos, con mejoría inicial del proceso, y revisada por el servicio de ginecología, no objetivándose patología; posteriormente, el dolor se incrementó de nuevo, por lo que siguió tratamiento mantenido con analgésicos. La paciente lo relaciona, sobre todo, con los esfuerzos físicos, la tos y el período menstrual por distensión abdominal.

En la exploración física destacaba la palpación de una zona