

Diverticulosis apendicular: causa infrecuente de dolor en la fosa ilíaca derecha

M. Balsalobre, A. Piñero, N. Torregrosa, M.E. Tamayo, P.J. Galindo, E. Martínez-Barba^a y P. Parrilla

Servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo I y ^aAnatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Resumen

La diverticulosis apendicular es una entidad poco frecuente que se puede presentar como divertículos falsos (los más frecuentes), verdaderos y pseudodivertículos. Su diagnóstico suele ser casual (radiológico, quirúrgico o histológico) y, cuando se produce clínica, generalmente se trata de un cuadro secundario a la complicación de los divertículos, sobre todo, inflamación y perforación.

El tratamiento de la diverticulosis complicada es la apendicectomía, y en los casos de diagnóstico incidental puede estar discutido.

Presentamos dos casos de diverticulitis apendicular en el seno de una diverticulosis verdadera.

Palabras clave: Dolor abdominal. Divertículo. Apéndice.

DIVERTICULOSIS OF THE APPENDIX: AN INFREQUENT CAUSE OF PAIN IN THE RIGHT ILIAC FOSSA

Diverticulosis of the appendix is a rare entity that can present as false diverticula (the most common), true diverticula, and pseudodiverticula. Diagnosis is usually incidental (radiological, surgical or histological) and when symptoms appear, they are usually secondary to complications of the diverticula, especially inflammation and perforation.

The treatment of complicated diverticulosis is appendectomy, which in cases of incidental diagnosis may be controversial.

We present two cases of diverticulitis of the appendix in the context of true diverticulosis.

Key words: Abdominal pain. Diverticulum. Appendix.

Introducción

La diverticulosis apendicular es un cuadro patológico poco frecuente que suele diagnosticarse como hallazgo en las piezas quirúrgicas obtenidas en intervenciones por un cuadro de abdomen agudo y asociado al hallazgo de una apendicitis o a una complicación de los divertículos (inflamación o perforación)^{1,2}.

Presentamos dos casos de diverticulitis apendicular en el seno de una diverticulosis apendicular congénita (divertículos verdaderos) que comenzaron con dolor en la fosa ilíaca derecha.

Correspondencia: Dra. M. Balsalobre Salmerón.
Departamento de Cirugía General y Aparato Digestivo I. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.
Ctra. Murcia-Cartagena.
30012 El Palmar. Murcia.

Aceptado para su publicación en mayo de 2002.

Casos clínicos

Caso 1

Varón de 55 años que consultaba por dolor abdominal de 4 días de evolución, inicialmente localizado en la fosa ilíaca derecha (FID). El dolor se acompañaba de fiebre, sin náuseas, vómitos ni alteración del hábito gastrointestinal. En la exploración se encontraba afectado por el dolor, con temperatura de 37,5°C y con un abdomen con dolor y defensa en FID y signos de descompresión positivos. En la analítica presentaba un hematócrito del 48%, hemoglobina de 16,3 g/dl, 13.490 leucocitos con un 77,8% de neutrófilos; el resto de la analítica, el electrocardiograma y la radiografía de tórax fueron normales. En la radiografía de abdomen se evidenció un íleo paralítico regional en la FID.

Con el diagnóstico de sospecha de apendicitis aguda se intervino mediante incisión de McBurney, y se encontró apéndice cecal con divertículos en toda su longitud, tanto mesentéricos como antimesentéricos, y los situados en el extremo más distal presentaban signos inflamatorios, con engrosamiento importante del meso. Se realizó apendicectomía. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y en el seguimiento en consultas externas se le realizó un enema opaco que descartó la presencia de divertículos en el colon.

El estudio anatomopatológico de la pieza informó de diverticulosis y diverticulitis del apéndice vermiforme a expensas de divertículos verdaderos (fig. 1); la pared apendicular presentaba zonas de adelgazamiento de la cubierta mucosa y sólo de la capa muscular, coincidiendo con

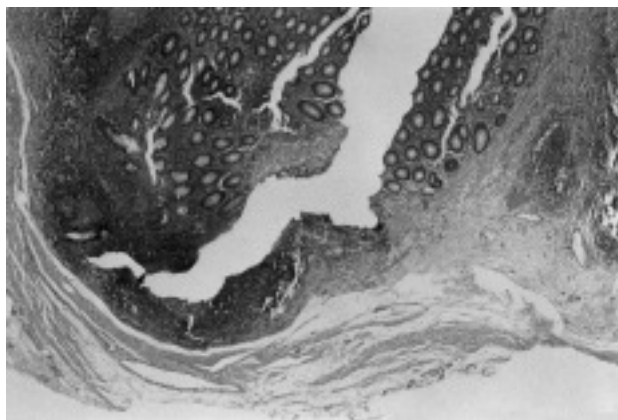


Fig. 1. Imagen de microscopia óptica en la que se observa un divertículo verdadero, con adelgazamiento de la capa muscular (H-E, x40).

las zonas de invaginación diverticular. Los divertículos correspondientes a la mitad distal presentaban intenso componente inflamatorio de predominio agudo con indemnidad de la mucosa apendicular.

Caso 2

Varón de 44 años, árabe, que consultaba por dolor abdominal de dos días de evolución, difuso, aunque refería mayor intensidad en la FID desde su inicio. El dolor se acompañaba de fiebre, sin otra sintomatología acompañante. A la exploración se encontraba afectado por el dolor, con una temperatura de 38 °C y un abdomen globuloso, con defensa y dolor en la FID y signos de descompresión positivos. En la analítica presentaba 14.350 leucocitos con un 80% de neutrófilos; el resto de las pruebas analíticas, el electrocardiograma y las radiografías de tórax y abdomen fueron normales.

Con el diagnóstico de sospecha de apendicitis aguda se intervino por vía laparoscópica, confirmando el diagnóstico, se realizó apendicectomía. El postoperatorio transcurrió sin incidencias.

El estudio anatomopatológico de la pieza informó de apendicitis aguda supurada difusa secundaria a diverticulosis del apéndice cecal con diverticulitis. Fundamentalmente en el ápex se observaban formaciones diverticulares constituidas por una herniación de la mucosa, y la capa muscular se encontraba adelgazada. En algunos sectores la inflamación de los divertículos era tan intensa que la pared quedaba totalmente borrada por la celularidad inflamatoria.

Discusión

La presencia de divertículos en el apéndice cecal fue descrita por primera vez en 1893 por Kelynak. Mientras que su localización es relativamente más frecuente en el colon, sobre todo en el sigma (90%) y en el colon descendente (45%), la aparición de diverticulosis apendicular es rara, cifrándose una incidencia media en torno al 1%³.

A este respecto hay que diferenciar los divertículos falsos, más frecuentes, que se encuentran entre el 0,66 y el 0,77% de los casos de necropsias o piezas quirúrgicas, respectivamente⁴, de los divertículos verdaderos, que sólo aparecen en el 0,014% de las piezas quirúrgicas⁴ y suponen del 1 al 6,6% de las diverticulosis del apéndice⁵. Mientras que los pseudodivertículos parecen deberse al efecto del aumento de presión sobre puntos débiles de la pared apendicular (divertículos por pulsión) y sólo están

compuestos por mucosa⁶, los divertículos verdaderos son de naturaleza congénita y presentan todas las capas histológicas⁷. Los casos que comunicamos presentaban una diverticulosis de múltiples divertículos verdaderos, como se puede comprobar por el examen microscópico (fig. 1).

El diagnóstico suele ser casual, generalmente puede ser un hallazgo en el estudio anatomopatológico del apéndice⁸, aunque también puede ser radiológico en un enema opaco, por lo que cabe suponer una infravaloración de su incidencia, ya que dependerá de la exhaustividad del examen del patólogo, así como de la indemnidad de los divertículos en el proceso inflamatorio⁸.

Existen clasificaciones clinicopatológicas en las que, de acuerdo con los cambios patológicos del divertículo y del apéndice, se distinguen principalmente tres formas de presentación³: diverticulitis sin inflamación de la luz apendicular; apendicitis aguda asociada a diverticulosis y diverticulitis secundaria, y por último diverticulosis apendicular no complicada. De ellos, el caso 1 sería encuadrable en la primera, ya que la diverticulitis afectaba sólo a los divertículos más cercanos al extremo distal, con indemnidad de la mucosa apendicular, y el caso 2, en la segunda, ya que asocia apendicitis y diverticulitis.

La clínica secundaria a su complicación (inflamación y perforación sobre todo) suele ser indistinguible del dolor abdominal producido por una inflamación del apéndice, lo que hace que el hallazgo casual tras la apendicectomía sea la norma en las formas sintomáticas. No obstante, hay autores que afirman que la diverticulitis apendicular presenta una serie de características que permitirían un diagnóstico preoperatorio, y diferenciarla del cuadro de la diverticulitis de colon derecho y de la apendicitis aguda⁹. La clínica suele ser indolente, acostumbra aparecer alrededor de la quinta década de la vida, y en su evolución tiene tendencia a la perforación de los divertículos y a cuadros de inflamación subaguda con la aparición de abscesos.

Además de la inflamación y perforación, se han descrito otras complicaciones de la diverticulosis apendicular en la bibliografía médica, como edema de la boca del divertículo, obstrucción de la luz por cuerpos extraños o fecalitos, formaciones pseudotumorales (seudomixoma apendicular), hemorragia aguda por rotura de la arteria apendicular, fístula apendicoileovesical y fibrosis peria-pendicular¹⁰⁻¹².

Por último, en relación con el tratamiento, en los casos de diverticulosis complicadas se tratará mediante apendicectomía y, dado que el diagnóstico en la mayor parte de los casos asintomáticos será un hallazgo durante una laparotomía, estaría asimismo indicada la apendicectomía profiláctica. Algunos autores también la indican cuando se diagnostican de forma incidental en un estudio radiológico⁷.

Bibliografía

1. Dechenes L, Couture J, Boujold R, Garneau R. La diverticule de l'appendice. *Chirurgie* 1972;98:370-6.
2. Franke J, Tons C, Tiezte L, Schumpelick V. Perforated diverticulum of the vermiform appendix. *Chirurgie* 1998;62:574-6.
3. Martín Ramiro JJ, Escudero J, Martínez E, Herrera N, Martínez Veiga JL. Diverticulitis apendicular. *Cir Esp* 1995;58:77.

4. Rabinovitch J, Arlen M, Barnett TH, Cuello R, Rabinovitch PK. Diverticulosis and diverticulitis of the vermiform appendix. *Ann Surg* 1962;155:434-40.
5. Martínez Pardavilla R, Martínez Mata AM, Escudero Nalda B, Pacheco Blanco R, Gil Berdejo M, Cabello del Castillo J. Diverticulosis verdadera apendicular asociada a apendicitis aguda. *Cir Esp* 2000;67:204-5.
6. Payan HM. Diverticula disease of the appendix. *Dis Colon Rectum* 1977;20:473-5.
7. Phillips BJ, Perry CW. Appendiceal diverticulitis. *Mayo Clin Proc* 1999;74:890-2.
8. Closas J, Martínez-Orozco F, Aguilera MT, Bigorra J, Visa J, Ingelmo M. Absceso retroperitoneal por perforación de un divertículo apendicular. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1985;68:263-6.
9. Norman D, Morrison E, Meyers W. Massive gastrointestinal hemorrhage from a diverticulum of the appendix. *Dig Dis Sci* 1980; 25:145-7.
10. Kawamura YJ, Sugamata Y, Yoshino K, Abo Y, Nara S, Sumita T, et al. Appendico-ileo-vesical fistula. *J Gastroenterol* 1998;33:368-71.
11. Collins DC. A study of 50,000 specimens of the human vermiform appendix. *Surg Gynecol Obstet* 1995;101:437-45.
12. Collins DC. 71,000 human appendix specimens. A final report summarising forty years study. *Am J Proctol* 1963;14:265-81.

Fe de errores

En las referencias bibliográficas del artículo titulado «Nuevas prácticas asistenciales: implantación de una unidad de cirugía mayor ambulatoria» (*Cir Esp* 2002;72:137-42) se ha detectado un error. En la referencia número 3, donde dice Portero JL. Motivos de la lenta y desigual implantación de la cirugía mayor ambulatoria en nuestro país. *Cir Esp* 2000;68:1-2, *debería decir* Porrero JL. Motivos de la lenta y desigual implantación de la cirugía mayor ambulatoria en nuestro país. *Cir Esp* 2000;68:1-2.