



Carta científica

Diverticulitis apendicular: un diagnóstico a tener en cuenta en el abdomen agudo

Appendiceal diverticulitis: A possible diagnosis in acute abdomen

La diverticulosis apendicular constituye una enfermedad infrecuente con una incidencia que oscila entre el 0,004 y el 2,1% de las piezas de apendicectomía^{1,2}. Los divertículos pueden ser causantes del proceso inflamatorio y, en ocasiones, son hallazgos no relacionados directamente con el cuadro apendicular agudo. La clínica de la diverticulitis apendicular es difícilmente distinguible de la de una apendicitis aguda³. Se suele diagnosticar como hallazgo casual en las piezas quirúrgicas obtenidas en intervenciones por un cuadro de abdomen agudo y asociado al hallazgo de una apendicitis.

Presentamos un caso de diverticulosis en mujer de 54 años que consultó por dolor abdominal de 3 días de evolución, inicialmente localizado en la fosa ilíaca derecha (FID), acompañado de febrícula. En la exploración: dolor abdominal y defensa en FID con signo de Blumberg positivo. No se objetivaron reactantes de fase aguda en la muestra sanguínea. En la ecografía de abdomen se evidenció en FID estructura

tubular acabada en fondo de saco de 8 mm de espesor con área hipocóica adyacente y aumento de ecogenicidad del meso adyacente con pequeña lengüeta de líquido libre (fig. 1). Con el diagnóstico de proceso apendicular agudo se intervino mediante incisión de McBurney, objetivando apéndice cecal con divertículos en toda su longitud. Los situados en el extremo más distal presentaban signos inflamatorios, con engrosamiento importante del meso. Se realizó apendicectomía. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y fue dada de alta al tercer día. El estudio anatomopatológico de la pieza informó de diverticulosis del apéndice vermiforme acompañado de mucocele y abscesos ricos en eosinófilos. No se reconocieron parásitos apendiculares (fig. 2).

La presencia de divertículos en el apéndice cecal fue descrita por primera vez en 1893 por Kelynak. La aparición de diverticulosis apendicular es excepcional, cifrándose una incidencia media en torno al 1%¹. El diagnóstico suele ser casual, generalmente en el estudio anatomopatológico del apéndice. La diverticulitis apendicular es una enfermedad inflamatoria clinicopatológica diferente de la apendicitis aguda, es más común en hombres alrededor de la quinta década de la vida y presenta una tasa de mortalidad mayor³. Morfológicamente, se puede dividir en 2 subtipos principales de divertículos: verdaderos y falsos. De esta forma, los divertículos verdaderos o congénitos se originan por una anomalía en la repermeabilización del intestino en la fase maciza del mismo, mientras que los pseudodivertículos, falsos divertículos o divertículos adquiridos (incidencia media 1%) se producen por un aumento de presión sobre los puntos menos resistentes de la pared apendicular, son generados por pulsión y únicamente están constituidos por mucosa^{1,2}. Nuestro caso presentaba una diverticulosis de múltiples divertículos falsos adquiridos por pulsión y localizados en la zona distal.

De acuerdo con los cambios patológicos del divertículo y del apéndice se pueden distinguir principalmente varias formas de presentación^{2,4}: diverticulitis aguda sin inflamación apendicular; diverticulitis y apendicitis aguda; diverticulosis no complicada y apendicitis aguda; y por último, diverticulosis



Figura 1 – Ecografía abdominal compatible con proceso apendicular agudo con área flemonosa periférica.

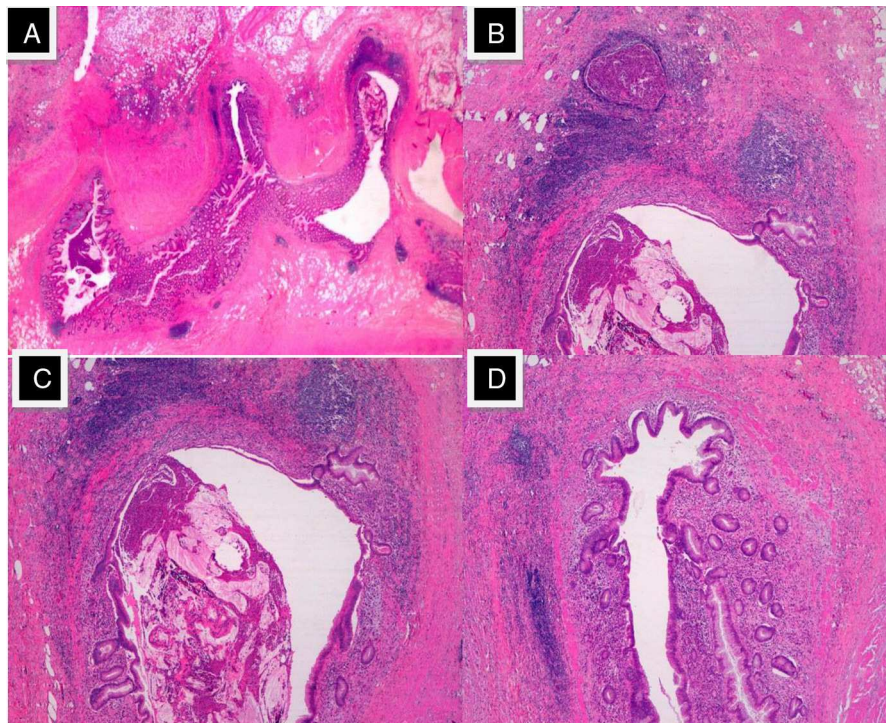


Figura 2 – A) Múltiples «falsos» divertículos en borde mesentérico del extremo distal apendicular (HE, 4 x). B y C) Pared diverticular constituida por mucosa y muscularis mucosae, empujando a la muscular propia y con formación de abscesos de eosinófilos. (HE, 20x). D) Divertículo ocupado por moco (mucocele) y con gran contenido en eosinófilos (HE, 40x).

apendicular no complicada con apéndice normal. De ellos, nuestro caso se encuadra en la segunda, ya que asociaba apendicitis y diverticulitis. Dado que la clínica secundaria a la diverticulosis apendicular complicada (inflamación y perforación) suele ser indistinguible del dolor abdominal producido por una inflamación del apéndice, habitualmente resulta un hallazgo casual tras la apendicectomía⁵. La diverticulosis apendicular suele cursar de forma asintomática^{3,6} y en su evolución tiende a cuadros de inflamación subaguda con la aparición de abscesos y perforación, provocando un cuadro de dolor abdominal similar al de la apendicitis aguda^{2,3}. Existen, con menor frecuencia, otras complicaciones de la diverticulosis apendicular, como hemorragia aguda por rotura de la arteria apendicular, edema de la boca del divertículo, formaciones pseudotumorales (pseudomixoma apendicular), obstrucción de la luz por cuerpos extraños o fecalitos, fibrosis periapendicular y fístula apendicoileovesical⁷.

En cuanto al diagnóstico preoperatorio, hay autores¹ que afirman que en la diverticulitis apendicular se objetivan hallazgos ecográficos como pared apendicular engrosada y ecogénica debido a la presencia de aire. La TC multidetector puede resultar muy útil, hallando diverticulitis apendicular aguda en el 86% de los casos con diverticulitis apendicular patológicamente confirmada^{8,9}. Según otros^{5,10}, las pruebas de imagen realizadas de forma preoperatoria no contribuyen al diagnóstico definitivo, ya que mayoritariamente el diagnóstico es determinado por el estudio histológico. En relación con el tratamiento, la diverticulosis complicada se tratará mediante apendicectomía³. En los casos asintomáticos diagnosticados de forma casual, se recomienda la apendicectomía profiláctica debido al mayor riesgo de perforación

apendicular y mortalidad que se asocia a la forma complicada de esta entidad^{1,10}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abdullgaffar B. Diverticulosis and diverticulitis of the appendix. *Int J Surg Pathol.* 2009;17:231-7.
2. Manzanares Campillo MC, Martín Fernández J. Pseudodivertículos apendiculares y apendicitis aguda. Nuestra experiencia en 12 años. *Rev Esp Enferm Dig.* 2011;103:582-5.
3. Tae Joon S, Yeon Soo C, Jae Hee K, Dong Hee K, Tae Seok L, Joon Kil H, et al. Clinical characteristics of acute appendiceal diverticulitis. *J Korean Surg Soc.* 2013;84:33-7.
4. Yamana I, Kawamoto S, Inada K, Nagao S, Yoshida T, Yamashita Y. Clinical characteristics of 12 cases of appendiceal diverticulitis: a comparison with 378 cases of acute appendicitis. *Surg Today.* 2012;42:363-7.
5. Kubota T, Omori T, Yamamoto J, Nagai M, Tamaki S, Sasaki K. Sonographic findings of acute appendiceal diverticulitis. *World J Gastroenterol.* 2006;12:4104-5.
6. Jaboury IA. Diverticulitis of the vermiform appendix. *ANZ J Surg.* 2007;77:803-4.
7. Heffernan DS, Saqib N, Terry M. A case of appendiceal diverticulitis, and a review of the literature. *Ir J Med Sci.* 2009;178:519-21.
8. Lee KH, Lee HS, Park SH, Bajpai V, Choi YS, Kang SB, et al. Appendiceal diverticulitis: Diagnosis and differentiation from usual acute appendicitis using computed tomography. *J Comput Assist Tomogr.* 2007;31:763-9.
9. Osada H, Ohno H, Saiga K, Watanabe W, Okada T, Honda N. Appendiceal diverticulitis: Multidetector CT features. *Jpn J Radiol.* 2012;30:242-8.

10. Simpson J, Lobo DN, Spiller RC, Scholefield JH. Diverticular abscess of the appendix: Report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum*. 2003;43:46832-4.

Jacob Motos Micó^{a,*}, Manuel Ferrer Márquez^a,
María del Mar Berenguel Ibáñez^b, Ricardo Belda Lozano^a y
Almudena Moreno Serrano^a

^a*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo,
Hospital Torrecárdenas, Almería, España*

^b*Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Torrecárdenas,
Almería, España*

* *Autor para correspondencia.*
Correo electrónico: jacob_motos@hotmail.com (J. Motos Micó).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los
derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.04.004>