

Inflamación y perforación de divertículo solitario de ciego. Presentación de 5 casos y revisión de la literatura

J. Ruiz-Tovar, M. E. Reguero-Callejas¹ y F. González Palacios¹

Servicios de Cirugía General y Digestiva y ¹Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

RESUMEN

El divertículo solitario de ciego es una entidad benigna poco frecuente en el mundo occidental, pero con alta prevalencia en población asiática. Habitualmente son asintomáticos y sólo se manifiestan cuando se complican con inflamación, perforación o hemorragia. Son una causa poco frecuente de abdomen agudo, manifestándose clínicamente de forma idéntica a una apendicitis aguda con dolor en fosa iliaca derecha, fiebre y leucocitosis. A pesar de la información que aportan ecografía y TC, sigue siendo difícil obtener un diagnóstico preoperatorio de certeza, realizándose este habitualmente durante el acto quirúrgico, aunque en ocasiones es también difícil diferenciarlo intraoperatoriamente de una neoplasia, estando indicado en esos casos la resección quirúrgica amplia.

Presentamos 5 casos de inflamación y perforación de divertículo solitario de ciego y revisamos la literatura.

Palabras clave: Divertículo solitario de ciego. Diverticulitis derecha. Divertículo congénito de ciego. Fosa iliaca derecha.

INTRODUCCIÓN

El divertículo solitario de ciego es una entidad benigna, descrita por primera vez en 1912 por Potier (1). Es poco frecuente en el mundo occidental, pero presenta una alta prevalencia en población asiática (2). En occidente la mayoría de los divertículos de ciego son solitarios (3). Se piensa que son congénitos, surgiendo como una proyección sacular del ciego en la sexta semana de desarrollo embrionario (4). Son considerados divertículos verdaderos con todas las capas de la pared colónica, incluyendo *muscularis mucosae* y muscular propia, localizándose medialmente, próximos a la válvula ileocecal (5,6). Habitualmente son asintomáticos y sólo se manifiestan cuando se complican con inflamación, perforación o hemorragia. Son una causa poco frecuente de abdomen agudo, manifestándose clínicamente de forma idéntica a una apendicitis aguda con dolor en fosa iliaca derecha, fiebre y leucocitosis. Es difícil obtener un diagnóstico preoperatorio de certeza, realizándose este habitualmente durante el acto quirúrgico (2).

CASO 1

Mujer de 24 años acude a Urgencias por dolor en fosa iliaca derecha de 3 días de evolución, sin acompañarse de fiebre, vómitos ni alteraciones del tránsito intestinal. El examen físico reveló la presencia de una masa en fosa iliaca derecha, dolorosa a la palpación sin signos de irritación peritoneal. La analítica fue normal, salvo elevación del fibrinógeno. La ecografía abdominal mostró una imagen hiperecogénica indeterminada en fosa iliaca derecha. Se sometió a la paciente a laparotomía exploradora, descubriéndose una tumoración en ciego. Se realizó resección ileocecal con anastomosis ileocólica término-terminal. La paciente se recuperó sin incidencias. El estudio anatomopatológico reveló una perforación de divertículo solitario de ciego con extensa destrucción de la pared cecal.

CASO 2

Mujer de 44 años ingresa por dolor abdominal intermitente de características cólicas, localizado en fosa iliaca derecha y región periumbilical de 15 horas de evolución, acompañado de náuseas y vómitos, pero sin fiebre. La exploración física reveló la presencia de una masa móvil en fosa iliaca derecha, dolorosa con signos de peritonismo. La analítica mostró 16.500 leucocitos con neutrofilia. En una TC abdominal se observaba imagen compatible con invaginación de asas de intestino delgado con tumoración en la cabeza de la invaginación. Se intervino quirúrgicamente a la paciente, observándose invaginación intestinal con tumoración en ciego, realizándose hemicolectomía derecha. La anatomía patológica determinó la presencia de un divertículo solitario de ciego con diverticulitis aguda y cambios compatibles con invaginación intestinal. La paciente se recuperó satisfactoriamente.

CASO 3

Mujer de 82 años es atendida en el Servicio de Urgencias por dolor abdominal difuso de 2 días de evolu-

ción acompañado de fiebre de 38 °C, náuseas y vómitos sin diarrea. En la exploración se observó dolor abdominal difuso, exacerbado en FID con signo de Blumberg positivo. Una TC abdominal mostró una tumoración en ciego con plastrón inflamatorio alrededor. Se realizó laparotomía exploradora, observándose tumoración en cara posterior de ciego que englobaba ovario y trompa derechos. Se realizó hemicolectomía derecha y anexectomía derecha. El estudio anatomopatológico reveló un divertículo solitario de ciego perforado con plastrón inflamatorio cecal que englobaba al ovario, sin imágenes de neoplasia a ningún nivel. El postoperatorio transcurrió sin incidencias.

CASO 4

Mujer de 30 años acude a urgencias por dolor abdominal en FID de pocas horas de evolución, sin fiebre ni cortejo vegetativo. El examen físico mostró signos de irritación peritoneal en FID. Se realizó ecografía abdominal donde se observó plastrón en la parte inferior del ciego. Se intervino a la paciente, observándose engrosamiento en cara posterolateral del ciego con apéndice normal. Se realizó resección ileocecal. El estudio histológico diagnosticó el caso de divertículo cecal solitario con perforación microscópica.

CASO 5

Mujer de 73 años, con diagnóstico reciente de polimialgia e ingresada en el Servicio de Medicina Interna para estudio de dolor en miembro inferior derecho e impotencia funcional, fiebre y malestar general de 3 semanas de evolución, presenta desde el ingreso empeoramiento del estado general con insuficiencia respiratoria progresiva y leve distensión abdominal sin dolor. Todos los estudios complementarios fueron normales, salvo una electromiografía que mostraba polineuropatía mixta sensitivo-motora desmielinizante. El día 20 de ingreso la paciente presentó un cuadro de dolor abdominal súbito y rectorragia masiva que provocó su fallecimiento. Se solicitó estudio necrópsico que reveló una mielopatía necrotizante subaguda idiopática, que justificaba el cuadro neurológico, y peritonitis fecaloidea por perforación de divertículo solitario de ciego (Fig. 1) como causa probable del fallecimiento por shock séptico/hipovolémico.

Existen otros 2 casos documentados de divertículo solitario de ciego en nuestro centro, diagnosticados incidentalmente al estudiar una pieza quirúrgica de hemicolectomía derecha realizada por tumores en colon ascendente y ciego respectivamente. El divertículo no presentaba relación con el tumor ni signos de inflamación en ninguno de los casos.

DISCUSIÓN

La mayoría de pacientes con inflamación del divertículo solitario de ciego se manifiestan como dolor abdominal indistinguible del de la apendicitis aguda. La literatura aconseja sospechar esta patología especialmente en pacientes jóvenes, con antecedentes asiáticos, que presenten dolor en cuadrante inferior derecho del abdomen de más de 24 horas de evolución, sin náuseas, vómitos ni anorexia o en pacientes apendicectomizados (7). Nuestra experiencia indica que la sospecha de esta patología debe extenderse a todas las edades, ya que 2 de nuestros casos son ancianos, otro es un adulto de mediana edad y 2 son mujeres jóvenes. La literatura no describe predominancia de sexo, sin embargo nuestros 5 casos son mujeres y los 2 casos de hallazgo incidental son un hombre y una mujer.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes de la diverticulitis de ciego son dolor abdominal en cuadrante inferior derecho, fiebre y leucocitosis. Con esta sintomatología se debe establecer un diagnóstico diferencial no sólo con apendicitis aguda, sino también con otros procesos como gastroenteritis, infección urinaria, cólico renoureteral, enfermedad inflamatoria pélvica o enfermedad de Crohn (8). Cuando se palpa una masa en fosa iliaca derecha la sospecha no debe ir dirigida exclusivamente hacia una neoplasia, sino que hay que considerar también otras posibles causas como perforación por cuerpo extraño, tuberculosis, actinomicosis, amebiasis o tumor carcinoide, entre otros (6).

La radiología simple puede revelar fecalito hasta en el 50% de los casos y el enema opaco puede ayudar al diagnóstico delimitando el divertículo (6). Sin embargo, las técnicas de imagen más empleadas actualmente para la orientación diagnóstica del dolor en fosa iliaca derecha son la ecografía y TC. La ecografía ha demostrado una sensibilidad de 91,3%, especificidad de 99,8% y exactitud de 99,5% en el diagnóstico de diverticulitis de ciego, apareciendo el divertículo como una estructura redonda hipocogénica emergiendo de un segmento de colon con pared engrosada (9). La TC consigue una sensibilidad y especificidad del 98% en el diagnóstico de apendicitis aguda, siendo una herramienta con una alta relación coste-efectividad, por lo que algunos autores proponen su uso rutinario en los cuadros de dolor abdominal en cuadrante inferior derecho, lo que probablemente reduciría el número de operaciones y consiguiente tiempo de hospitalización (10,11). A pesar de estos datos, ninguno de nuestros casos fue correctamente diagnosticado de forma preoperatoria, lo que puede atribuirse a la extensión del proceso en el momento del diagnóstico en alguna de nuestras pacientes.

El manejo de la diverticulitis cecal no perforada es controvertido. El manejo conservador consiste en antibioterapia de amplio espectro, si el divertículo es reconocido de forma preoperatoria, o, si se detecta durante la cirugía, realizar apendicectomía y continuar tratamiento antibiótico postoperatorio. En estos casos, existe el riesgo de que pase inadvertido un carcinoma inflamatorio, por lo que se plantea como tratamiento válido en población

oriental donde la patología benigna de colon derecho es mucho más frecuente que la neoplásica (6,8). Otros autores recomiendan realizar diverticulectomía simple y apendicectomía en casos de diverticulitis no complicada (6). Fang y cols. recomiendan resección amplia, ya que el 29% de los pacientes de su estudio, en los que sólo se realizó apendicectomía, presentan episodios recurrentes de diverticulitis derecha, requiriendo el 12,5% de ellos hemicolectomía derecha posterior (12).

Diversos trabajos de revisión describen un diagnóstico intraoperatorio correcto que oscila entre 65-85% de los casos (13). Aunque el paciente sea joven, si los hallazgos intraoperatorios no permiten excluir la posibilidad de neoplasia, el procedimiento correcto a seguir es la hemicolectomía derecha con márgenes de seguridad (2,8,14). Otras indicaciones para tratamiento quirúrgico agresivo son la presencia de divertículos múltiples o un gran flemón cecal. Estudios retrospectivos han demostrado que la hemicolectomía derecha en casos de diverticulitis derecha se puede realizar con seguridad, con una tasa de mortalidad de 1,4% (2,15).

Chiu y cols. destacan la importancia de la cecoscopia intraoperatoria en el diagnóstico diferencial de la diverti-

culitis frente al carcinoma cecal, consistente en introducir un endoscopio a través del muñón apendicular para visualizar la mucosa cecal en busca de lesiones sugerentes de neoplasia. Concluyen que mediante este método se consigue excluir la presencia de carcinoma en numerosas ocasiones, lo que reduciría la extensión de la resección colónica en casos no complicados (16).

CONCLUSIÓN

La inflamación del divertículo solitario de ciego es un proceso poco frecuente, pero debe ser tenido en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor en fosa iliaca derecha. Cuando no existe certeza preoperatoria de esta patología, se debe someter al paciente a laparotomía exploradora y ante la menor duda intraoperatoria sobre la posible naturaleza tumoral del proceso, debe realizarse una resección quirúrgica agresiva (hemicolectomía derecha en la mayoría de los casos), ya que en países occidentales la patología tumoral de ciego y colon ascendente es más frecuente que la patología benigna.