

Diverticulitis exclusiva de ciego

Unique diverticulitis of the cecum

Dr. Jorge Eduardo Frías Espinosa, Dr. Martín Jon Iglesias

Hospital Universitario General "Calixto García". La Habana, Cuba.

RESUMEN

La diverticulitis cecal es una rara entidad de difícil diagnóstico que con frecuencia se confunde con un proceso apendicular agudo. Los divertículos primarios o de origen congénito, generalmente son únicos, suelen presentarse en una edad más temprana que la enfermedad diverticular cólica (divertículos secundarios). La presencia de estos en el colon derecho se reporta con menor frecuencia, su diagnóstico es en muchas ocasiones indistinguible de la apendicitis aguda y se realiza en la mayoría de los casos durante la laparotomía, el tratamiento es variable, según la literatura abarca desde la resección del divertículo hasta la hemicolectomía derecha. El objetivo de esta presentación es referir la dificultad diagnóstica y la alta frecuencia de error diagnóstico que presenta esta entidad.

Palabras clave: divertículos de ciego, diverticulosis, diverticulitis cecal

ABSTRACT

The cecal diverticulitis is a strange disease, difficult to be diagnosed, frequently confused with acute appendicular process. The primary diverticula or those of congenital origin are generally unique; they usually appear at younger age than the colic diverticular disease (secondary diverticula). Their presence in the right colon is less frequently reported, the diagnosis is often confused with that of acute

appendicitis and most of cases undergo laparotomy. According to the scientific literature, the treatment is variable, ranging from diverticular resection to right hemi-cholectomy. The objective of this paper was to present the difficulties and the high frequency of errors in diagnosing this disease.

Key words: cecal diverticula, diverticulosis, cecal diverticulitis.

INTRODUCCIÓN

La diverticulitis cecal es una entidad relativamente rara, descrita por *Poitier* en 1912.¹ Según la literatura, los pacientes con diverticulitis cecal son sometidos a una cirugía urgente por suponerse una apendicitis aguda pues la mayoría presentan los mismos síntomas o parecidos a esta.

Sus manifestaciones aparecen años antes que en aquellos que presentan diverticulitis izquierda sigmoidea y con un promedio de edad de 40 años lo cual reafirma la dificultad y el error diagnóstico.² Los divertículos de ciego pueden encontrarse formando parte de una diverticulosis derecha, izquierda o bien global de todo el colon, pero existe una rara forma de presentación: el divertículo solitario de ciego de origen congénito, al estar constituido por todas las capas, suele situarse en la pared interna y cerca de la unión ileocecal.

No se sospecha la presencia del divertículo hasta que no se ha desarrollado un proceso diverticular agudo. Parece probable que la cecitis flegmonosa aguda idiopática descrita por *Tagart*,³ en 1953, sea el mismo proceso e incluso como han destacado *Fairbank y Rob*⁴ en 1947, la inflamación de un divertículo solitario puede ocasionar el desarrollo de una úlcera, razón por la que existen motivos para que las úlceras solitarias simples cecales descritas por *Cameron*⁵ fueran ejemplos de diverticulitis cecal aguda, opinión compartida por *Williams*.⁶ El divertículo no suele ocasionar síntomas, de ahí que se diagnostique a veces en estudios radiológicos de forma casual y sus manifestaciones clínicas son ocasionadas por el desarrollo de una diverticulitis aguda. Aunque rara vez existe masa palpable, esta puede presentarse en el 25 % de los casos,^{7,8} y su incidencia varía del 1 al 5 % de todos los pacientes afectados de diverticulitis colónica. El objetivo de esta presentación es referir la dificultad diagnóstica y la alta frecuencia de error diagnóstico que presenta esta entidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 51 años de edad, color de la piel blanca sin antecedentes patológicos referidos que acude al cuerpo de urgencia por dolor en cuadrante inferior derecho del abdomen de 3 días de evolución, acompañado de fiebre de 38-38,5° C y anorexia.

Al examen físico se constata facie dolorosa, mucosas húmedas y ligeramente hipocoloreadas, frecuencia respiratoria: 28 x min. Presenta taquicardia de 100 x min., dolor a la palpación en hemiabdomen inferior derecho con reacción peritoneal y contractura muscular. Se palpa tumor de límites imprecisos en fosa iliaca derecha de más menos 6 cm de diámetro de consistencia firme, adherido a planos profundos, intensamente doloroso.

Se indican complementarios de urgencia y se encuentra anemia ligera 10,1 g/l leucocitosis de $11,3 \times 10^9$ a predominio de polimorfonucleares (089), coagulograma dentro de límites normales, orina sin alteraciones.

Se realiza ultrasonido abdominal que informa tumor de aspecto inflamatorio en fosa iliaca derecha sugestivo de plastrón apendicular.

Se decide su ingreso en sala donde recibe tratamiento antibiótico parenteral durante 7 días y medidas de sostén con evolución satisfactoria.

Por la persistencia de anemia ligera y ante la sospecha de probable tumor maligno de ciego, se indica colon por enema y se observan múltiples imágenes de divertículos de ciego (Fig. 1).

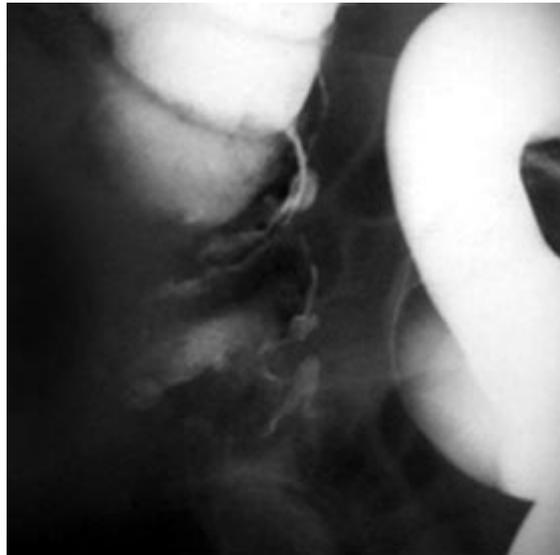


Fig.1. Imágenes de adición cercanas a la válvula ileocecal.

Se interviene quirúrgicamente de forma electiva y se realiza resección de ciego con el apéndice y el divertículo, se restablece la continuidad digestiva con una ileoascendentostomía término terminal.

La biopsia posoperatoria arroja divertículos de ciego con signos inflamatorios y apéndice cecal de morfología normal (Fig. 2 y 3).



Fig.2. Apéndice cecal de características normales.



Fig.3. Divertículos de ciego con signos inflamatorios.

DISCUSIÓN

La diverticulitis cecal puede ser solitaria o asociada a múltiples lesiones del colon derecho o formar parte de una diverticulosis cólica generalizada.^{9,10} La mayoría de los divertículos de ciego observados en EEUU eran solitarios y recuerdan su origen congénito.

El diagnóstico diferencial incluye el carcinoma cecal, carcinoide apendicular, adenitis mesentérica, torsión de apéndice epiplóico, colitis isquémica o infecciosa, *mucocele*, diverticulitis sigmoidea, enfermedad de *Crohn*, divertículo de *Meckel*, linfoma primario de intestino delgado y úlcera duodenal perforada.^{10,11}

Pueden añadirse a esta, entidades infecciosas tipo *Yersinia*, *Shigella* o tuberculosis, también procesos ginecológicos tubováricos, enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico, ruptura de quiste de ovario y torsión ovárica, procesos urológicos como pielonefritis, infecciones del tracto urinario bajo y litiasis renal. Los estudios analíticos y radiológicos abdominales sin preparación suelen ser similares a los de las apendicitis agudas.

El enema baritado está indicado en caso de apendicetomía previa. El ultrasonido y la TAC podrían aportar información como: masa cecal, aire fuera del divertículo, etc. y a pesar de ello los errores diagnósticos preoperatorios persisten.^{12,13}

El diagnóstico perioperatorio es difícil, pues se piensa casi siempre en una neoplasia de ciego vs plastrón cecal; el carcinoma es la lesión más severa, cuando una masa está indurada e inflamada es indistinguible a simple vista, debe ser tratada mediante hemicolectomía debido a la alta sospecha de cáncer de ciego.

La diverticulitis es la más común de las complicaciones de los divertículos de ciego con inflamación y perforación causada por obstrucción de su luz, y se presentan en un 20 % de los casos.^{14,15} El manejo de este proceso es controversial, la mayoría de los estudios recomienda la resección quirúrgica. Este ha sido variado e interesante, desde la opción más radical, hemicolectomía derecha, o la más conservadora la apendicetomía incidental con tratamiento antibiótico posoperatoria, aun cuando se reportan en algunas series la reintervención en los casos en que los divertículos fueron dejados *in situ*.^{16,17} Otros reportes están a favor de la resección ileocecal, que se asocia a una menor morbilidad que la hemicolectomía derecha.

Al abogar por un manejo quirúrgico conservador *Poon* y otros reflejan el incremento de la morbilidad de la hemicolectomía derecha sobre la resección ileocecal.¹⁸

La diverticulitis de ciego constituye una entidad muy poco frecuente tanto en nuestro medio como en otras latitudes según se refleja en la bibliografía revisada, su diagnóstico en la mayoría de los casos se hace durante la laparotomía a pesar de los avances en la tecnología médica, su tratamiento resulta muy controvertido y discutido por diversos autores por lo que se prefiere la cirugía resectiva en la mayoría de los casos con antibioticoterapia posoperatoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Poitier F. Diverticulite and appendicitis. Bull Soc Anat. Paris. 1912;87:29-31.
2. Graham SM, Ballantyne GH: Cecal diverticulitis. A review of the American experience. Dis Col Rectum. 1987; 30:821-6.
3. Tagart REB. Acute phlegmonous caecitis. Brit J Surg. 1953; 40:437.
4. Fairbank TJ and Rob CG. Solitary diverticulitis of caecum and ascending colon. Brit J Surg. 1947;26:526.
5. Cameron JR. Simple or non-specific ulcer of caecum. Brit J Surg. 1939;26:526.

6. Williams KL. Acute solitary ulcers and acute diverticulitis of the caecum and ascending colon Brit J Surg. 1960;47:351-8
7. Miangolarra CJ. Diverticulitis of the right colon: an important surgical problem. Ann Surg. 1961;153:861.
8. Anderson L. Acute diverticulitis of the caecum. Surgery. 1947;22:479.
9. Perry PM, Morson BC. Right sided diverticulosis of the colon. Br J Surg. 1971;58:902-4.
10. Shetgiri P, Angel L, Lebenthal A, Divino CM. Cecal diverticulitis: a case report and review of the current literature. Int Surg. 2001;86:191-4.
11. Schmit PJ, Bennion RS, Thompson JE. Cecal diverticulitis: A continuing diagnostic dilemma. World J Surg. 1991;15:367-71.
12. Duarte Chedid A, Amaral Domínguez L, Fernández Chedid M, Mello Villwock M, Renato Mondelo A. Diverticulo unico do ceco: experiencia de um hospital geral brasileiro. Arq Gastroenterol. 2003;40:216-9.
13. Harada RN, Whelan TJ Jr. Surgical management of cecal diverticulitis. Am J Surg. 1993;166:666-9.
14. Griffiths EA, Bergin FG, Henry JA, Mudawi AM. Acute inflammation of a congenital cecal diverticulum mimicking appendicitis. Med Sci Monit. 2003;9:107-9.
15. Papapolychroniadis C, Kaimakis D, Fotiadis P, Karamanlis E, Stefopoulou M, Kouskouras K, et al. Perforated diverticulum of the caecum. A difficult preoperative diagnosis. Report of 2 cases and review of the literature. Tech Coloproctol. 2004;8:116-8.
16. Lane JS, Sarkar R, Schmit PJ, Chandler CF, Thompson JE Jr. Surgical approach to cecal diverticulitis. J Am Coll Surg. 1999;188:629-34.
17. Wyble EJ, Lee WC. Cecal diverticulitis: changing trends in management. South Med. 1998;81:313-6.
18. Poon RT, Chu KW. Inflammatory cecal masses in patients presenting with appendicitis. World J Surg. 2009;23:713-6.

Recibido: 29 de agosto de 2012.

Aprobado: 15 de septiembre de 2012.

Dr. Martín Jon Iglesias. Hospital Universitario General "Calixto García". La Habana, Cuba. Correo electrónico: martin.jon@infomed.sld.cu