



# CASOS CLÍNICOS

## DIVERTÍCULO CECAL SOLITARIO PERFORADO: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

### CECAL SOLITARY PERFORATED DIVERTICULUM: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Dr. Mauricio Vicente Aguila Gómez \* , Dr. Wilmer Salas Villanueva \*\*

RECIBIDO: 12/08/2015

ACEPTADO: 24/04/2017

#### RESUMEN

El objetivo de este artículo es relatar un caso de divertículo cecal solitario perforado, observado en el Hospital Municipal Los Pinos de La Paz Bolivia, en un paciente masculino de 72 años diagnosticado con abdomen agudo quirúrgico y la presencia de una masa en ciego cuyo estudio histopatológico informó divertículo perforado. La diverticulitis cecal es una entidad poco frecuente y se presenta en la mayoría de los casos como diagnóstico secundario o incidental durante una laparotomía por apendicitis aguda.

Además se expondrá no solo los medios diagnósticos, sino su clasificación y la terapéutica actualizada y/o estandarizada, que implica tomar en cuenta en esta patología una vez diagnosticada.

**Palabras claves:** Diverticulitis Cecal, Abdomen Agudo, Hemicolectomía

#### ABSTRACT

*The aim of this article is to describe a case of solitary cecal diverticulum drilled, observed in the Hospital Municipal Los Pinos of the peace Bolivia, in a 72-year-old male patient diagnosed with surgical acute abdomen and the presence of a mass in blind whose histological study reported perforated diverticulum. Cecal diverticulitis is a rare entity and occurs in the majority of cases as diagnosis secondary or incidental damages during a laparotomy for acute appendicitis.*

*In addition will be exposed not only the Diagnostics, but classification and therapeutic updated and/or standardized, which entails taking into account in this condition once diagnosed.*

**Keywords:** Cecal diverticulitis, Acute Abdomen, Hemicolectomy

#### INTRODUCCIÓN:

El “**divertículo cecal solitario**”; constituye un proceso de observación clínica poco frecuente. La primera descripción fue realizada por Potier en 1912; se calcula un caso nuevo anual

para un hospital de tamaño medio. Se presenta en la mayoría de los casos como diagnóstico secundario o incidental en pabellón quirúrgico, tras una laparotomía por sospecha de abdomen agudo quirúrgico secundaria

\* Cirujano general - Laparoscopista. Hospital Municipal de Los Pinos.

\*\* Médico Emergencias. Hospital Los Pinos.

a apendicitis aguda ya que el cuadro clínico es superponible a esta patología, por ello el diagnóstico preoperatorio es poco frecuente. <sup>(1)</sup>

Estudios como el de Graham y Ballantyne; muestran una prevalencia, de alrededor del 5%, siendo baja, en relación a la población en general de pacientes con enfermedad diverticular de colon. En poblaciones occidentales, la enfermedad diverticular predomina en colon izquierdo, mientras que en colon ascendente se sitúa en el 2% localizándose el 80% de ellos en cara anterior de ciego; afecta más varones con edad media de presentación de 40 años. <sup>(2)</sup>

### CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 72 años, consulta en el servicio de medicina interna. Refiere cuadro clínico de 24 hrs. de evolución caracterizado por dolor abdominal cólico en epigastrio, con el transcurso de las horas se localiza en fosa iliaca derecha, de moderada a gran intensidad, alzas térmicas no cuantificadas y malestar general. Antecedente quirúrgico de colecistectomía laparoscópica, sin antecedente de enfermedades sistémicas ni alérgicas. Solicitan interconsulta por cirugía general. Paciente durante la valoración; en regular estado general, algido febril, piel y mucosas deshidratadas pálidas. Signos vitales: F.C.: 80 lat./min, P.A.: 110/80 mmHg, F.R.: 22 resp./min., T: 37.5°C. Examen cardiopulmonar normal. Abdomen distendido, signo de Dumphy (+), RHA (+) hipoactivos blando depresible, dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, se percibe masa en dicho cuadrante; con signos de irritación peritoneal; Blumberg (+), Obturador (+), Resto de examen semiológico normal, consciente y orientado, Glasgow 15/15.

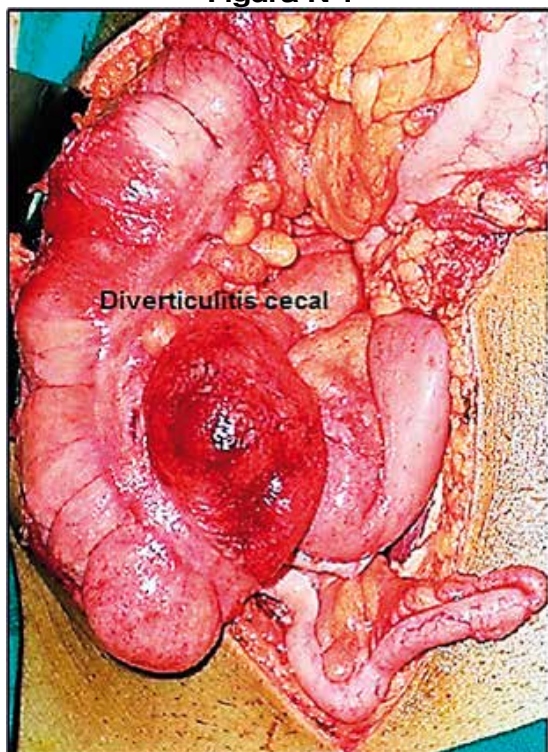
Estudios complementarios reportan: laboratorios glóbulos rojos 5.564.000 mm<sup>3</sup>, Hematocrito 52%, Hemoglobina 16.6g/%, glóbulos blancos 12.000 mm<sup>3</sup>,

cayados 2, segmentados 78, glicemia 92 mg/dl, creatinina 0.9 mg/dl. Tiempo de protrombina 12 seg., actividad 100%. Radiografía simple de abdomen sin datos relevantes, ecografía de rastreo abdominal informa estudio normal.

Con los datos clínicos y exámenes complementarios se da puntuación de Alvarado 9/10 pts.; llegando al diagnóstico por el servicio de cirugía general de **“Abdomen Agudo Quirúrgico Inflamatorio por Apendicitis Aguda”**. Se programa cirugía de urgencia previa valoración cardiológica y anestésica preoperatorio, y firma de consentimiento informado de laparotomía exploradora.

Se realiza abordaje abdominal en cuadrante inferior derecho, incisión Jalaguier, acceso a cavidad abdominal, se explora fosa iliaca derecha se evidencia plastrón epiploico, liberación digital, se aprecia liquido seroso escaso, asas intestinales delgadas dilatadas edematizadas, en cara anterior de ciego se observa masa de +/-15cm. de diámetro, consistencia dura cubierta por natas de fibrina y áreas necróticas, se extiende hacia válvula ileocecal obstruyendo esta última estructura, apéndice cecal normal (**Figura N° 1**); por hallazgo; se amplía incisión en sentido cefálico. Con criterios oncológicos se realiza desmontaje de colon derecho y hemicolectomía, cierre de colon trasverso a nivel de ángulo hepático y resección a más de 15cm de la válvula ileocecal hacia íleon proximal. Luego se procede a confección de ileostomía terminal, exteriorizada en cuadrante inferior izquierdo, lavado y drenaje de cavidad; cierre de herida operatoria por planos. Se da el diagnóstico post operatorio de **“Abdomen Agudo Quirúrgico Obstructivo por Tumor de Ciego Plastronado Perforado”**. La evolución post operatoria es favorable, dado de alta a los 7 días.

Figura N°1



Fuente propia

El reporte histopatológico es: “segmento de intestino grueso con diverticulitis perforada plastronada, extremos de resección con congestión vascular en submucosa y serosa. Peri apendicitis aguda”

Según normativa de 3 meses postoperatorio, se programa nueva cirugía para restitución de tránsito intestinal, realizando una ileo-colotransverso anastomosis termino lateral. Teniendo una evolución favorable.

#### DISCUSION:

Los divertículos en general se clasifican en 2 tipos: **verdaderos**, son solitarios, de origen congénito, aparecen como proyección sacular en la 6ta semana de gestación, se localizan, en colon derecho, se orientan hacia la válvula ileocecal, incluyen todas las capas de la pared colonica, incluso muscular de mucosa y muscular propia. **Los falsos**, sólo presentan mucosa o submucosa, son múltiples, adquiridos, se encuentran en colon izquierdo-sigmoides. En la

formación intervienen dos factores: áreas débiles en pared colonica y presión diferencial entre la luz colonica y la serosa. Por ende son herniaciones a través de la pared del colon. Esta patología, comprende un espectro de escenarios clínicos, que van desde estado asintomático, hasta peritonitis con compromiso vital. En general inicialmente se sospecha de apendicitis aguda por la sintomatología similar, sensibilidad en fosa iliaca derecha, vómitos, fiebre y leucocitosis. Debe ser considerada más en pacientes apendicetomizados o con antecedente de diverticulosis cecal. En el 10-25% de los casos, clínicamente se detecta un “tumor” en fosa iliaca derecha; que induce también al diagnóstico de neoplasia de ciego en 8% de los casos.

(3)(4)(5)(6)

El divertículo cecal solitario es una patología infrecuente y silente en la población general, hasta que se complican por inflamación, sangrado o perforación. Cuando se inflama la complicación más frecuente de los casos se presenta con un cuadro indistinguible de la apendicitis aguda, con dolor en cuadrante inferior derecho, de aproximadamente 24 hrs. de evolución, sin náuseas o anorexia, en ocasiones en pacientes ya apendicetomizados; siendo un hallazgo incidental en algunas laparotomías por abdomen agudo quirúrgico; por lo que se convierte en un dilema para los cirujanos de urgencias. Desde el primer caso descrito, se publicaron casos clínicos aislados, lo que demuestra la rareza del proceso, con excepción de algunas series mayores ocasionales; Greaney en su trabajo reportó una incidencia de 1 en cada 1.000 laparotomías de urgencia por abdomen agudo. Es extremadamente difícil distinguir entre estas dos patologías basándose sólo en la presentación clínica, y el porcentaje de error diagnóstico es mayor al 90% previo a cirugía. El interés diagnóstico preoperatorio estriba en la posibilidad de resolución con tratamiento conservador y esta situación es cada vez más frecuente con la difusión de estudios

imagenológicos, como la ecografía abdominal ya que es útil, mostrando la masa heterogénea en fosa iliaca derecha, gas en pared colónica o colecciones francas en la región. Ante sospecha diagnóstica sería de gran utilidad la TAC de abdomen, con la que se llega al diagnóstico con sensibilidad y especificidad del 98%; aunque en los servicios de guardia de los centros hospitalarios de nuestro medio por la disponibilidad limitada no siempre se realiza de rutina. Intraoperatoriamente también puede plantear problemas para el diagnóstico diferencial con procesos inflamatorios específicos o neoplásicos de ciego y hacer dudar sobre la técnica quirúrgica adecuada. Entre los diagnósticos diferenciales se citan procesos como: tuberculosis intestinal, enfermedad de Crohn, cáncer de colon, actinomicosis, enteritis regional, divertículo de Meckel, perforación por cuerpo extraño, etc.

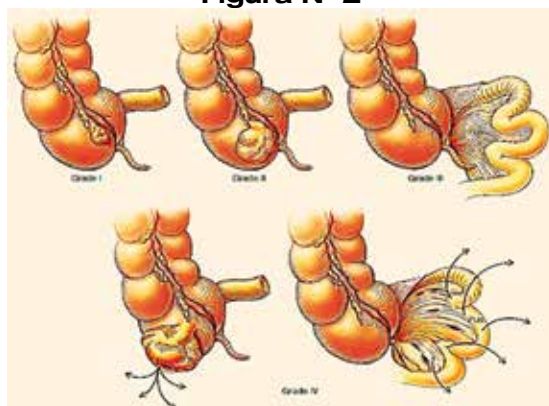
Thorsen y Ternet propusieron un esquema útil de clasificación, que define la enfermedad diverticular cecal en 4 grados. Sobre todo III y IV; ya que se confunde fácilmente con un adenocarcinoma perforado (CUADRO N° 1) (Figura N° 2).

**Cuadro N° 1**

CLASIFICACION DE LA DIVERTICULITIS CECAL DE THORSEN Y TERNET	
GRADO	HALLAZGOS
I	Proyección de un divertículo cecal inflamado bien diferenciado, inflamación diverticular discreta
II	Masa parietal cecal simple
III	Presencia de absceso o fistula localizados
IV	Perforación libre, o ruptura de un absceso con peritonitis (purulenta o fecal)

**FUENTE:** Zuidema George D., Yeo Charles J., Pemberton Jhon H, Shackelford Cirugía del Aparato Digestivo Volumen IV colon recto y ano, Quinta edición, Editorial medica panamericana S.A., 2005, Pág. 167-168

**Figura N° 2**



**FUENTE:** Zuidema George D., Yeo Charles J., Pemberton Jhon H, Shackelford Cirugía del Aparato Digestivo Volumen IV colon recto y ano, Quinta edición, Editorial medica panamericana S.A., 2005, Pág. 167-168

El tratamiento se basa en 2 series: si el diagnóstico es preoperatorio y estadios no complicados se indica tratamiento médico, con antibióticos de amplio espectro, similar a la diverticulitis del colon sigmoideas. Si es trans operatorio, se indican varias alternativas en técnicas quirúrgicas (TABLA N° 2).

**Cuadro N° 2**

ALTERNATIVAS QUIRURGICAS EN DIVERTICULITIS CECAL	
HALLAZGOS	CONDUCTA QUIRURGICA
Inflamación mínima	Tratamiento conservador, terapéutica antibiótica y apendicectomía si no hay compromiso del ciego en la base
Divertículo circunscrito	Diverticulectomía
Divertículo sin perforación	Cerrar pared sin ningún gesto quirúrgico y tratamiento antibióticos
Sospecha de carcinoma perforado	Colectomía derecha con criterios oncológicos; la anastomosis se efectuara en pacientes estables que sufrieron contaminación escasa

Divertículo cecal no inflamado, durante laparotomía por otro motivo	Invaginación con puntos de sutura
---	-----------------------------------

**FUENTE:** Lledo Matoses Salvador et al.; *Enfermedad diverticular; guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos; Cirugía Colorrectal, ARAN ediciones S.A. 2000: 419-421*

El paciente que nos tocó operar, se tomó la decisión de realizar hemicolectomía derecha e ileostomía, posterior restitución de tránsito a los 3 meses; debido a que nos encontramos con un cuadro propicio para tal decisión, por los

hallazgos intraoperatorios mencionados anteriormente; además de presentarse a posterior una evolución adecuada y favorable.

La diverticulitis cecal es una enfermedad de aparición infrecuente dentro las diferentes etiologías de los cuadros de abdomen agudo quirúrgico, pudiendo tratarse médicamente si su diagnóstico es preoperatorio, pero si es transoperatorio, el cirujano de urgencias cuenta con diversas técnicas para su tratamiento, teniendo en cuenta las características del hallazgo.

### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores del presente caso clínico declaran no tener ningún conflicto de interés

### REFERENCIAS

1. Potier F. Diverticulite et appendicite. *Bull MemSocAnat (Paris)*.1912; 37: 29-31
2. Fang J, Chen R, Hsu Y, Kao J. Aggressive resection is indicated for cecal diverticulitis. *Am J Surg* 2003; 185: 135-40.
3. Greaney EM, Snyder WH. Acute diverticulitis of the cecum encountered at emergency surgery. *Am J Surg*. 1957; 94: 270-281.
4. López García, J; Regueiro Mira, F; Bernal Sprekelsen, JC; García Moncó, P; Trullenque Peris, R. Actitud quirúrgica ante la diverticulitis solitaria de ciego. *Cir Esp*. 2000; 68:(3): 274-5.
5. Restrepo Jorge Emilio, Botero Rafael Claudino, franco Felipe, Sierra Fernando, *Gastroenterología hepatología y nutrición, Cap. 22 Enfermedad diverticular, Cuarta edición, Corporación para investigaciones biológicas, Medellín Colombia 2000 Pág. 113-114*
6. Zuidema George D., Yeo Charles J., Pemberton Jhon H, Shackelford *cirugía del aparato digestivo Volumen IV colon recto y ano, Quinta edición, Editorial medica panamericana S.A., 2005, Pág. 167-168*
7. Goné-Fernandez A, Soto-Miranda MA, Romero y Huesca A. Divertículo solitario de ciego perforado. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Rev. Fac. Med UNAM* 2007; 50 (3).
8. Karatepe O, Gulcicek O, Adas G, Battal M, Ozdenkaya Y, Kurtulus I, Altiok M, Karahan S. Cecal diverticulitis mimicking acute Appendicitis: a report of 4 cases. *Department of General Surgery, Okmeydanı Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey. World Journal of Emergency Surgery* 2008, 3:16 doi:10.1186/1749-7922-3-16.
9. Lledo Matoses Salvador et al.; *Enfermedad diverticular; guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos; Cirugía Colorrectal, ARAN ediciones S.A. 2000: 419-421*
10. Rodríguez-Sánchez I, Ramírez-Amescua FJ, López-Obregón M. Divertículo de ciego perforado. Reporte de un caso *Rev. Mex. Coloproctol* 2008; 14: 29-32.
11. Shyung LR, Lin SC, Shih SC et al. Decision making in right sided diverticulitis. *World JGastroenterol*, 2003; 9(3):606-8.
12. Uribe N. García-Granero E. Marti R. Alos R. Cevera V. Flor B.Reig G. Diverticulitis de Ciego y colon ascendente. *Cir. Esp*. 1994; 56: 226-230