

DIVERTICULITIS CECAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

MIGUEL VASSALLO P¹ 

HÉCTOR E CANTELE P² 

INÉS VILLEGAS³

CRISTINA INCHAUSTI⁴ 

CÉSAR ORTEGA⁵

CECAL DIVERTICULITIS. A CASE REPORT

RESUMEN

La diverticulosis cecal es una entidad poco común, representando el 3,6% de los casos de enfermedad diverticular y su complicación más frecuente es la diverticulitis. **Caso clínico:** Presentamos el caso de un paciente de 79 años quien consultó por presentar dolor en fossa ilíaca derecha, náuseas y escalofríos; laboratorio leucocitos 16900uL (neutrófilos 79%), proteína C reactiva 4,51mg/L. Se realiza laparoscopia evidenciando tumor de ciego de 2 x 3cm de coloración violácea con signos de inflamación pericecal, se realizó hemicolectomía derecha. El informe histopatológico informó divertículo verdadero isquémico de ciego. **Conclusión:** La diverticulitis cecal es una patología poco frecuente que puede presentarse como un abdomen agudo, por lo que se debe mantener un alto índice de sospecha en pacientes mayores de 40 años de edad. El abordaje laparoscópico es un método seguro y eficaz para el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

Palabras clave: Diverticulitis, divertículo cecal solitario, laparoscopia, hemicolectomía derecha

ABSTRACT

Cecal diverticulosis is an uncommon condition, representing 3.6% of diverticular disease cases, with its most common complication being diverticulitis. **Case report:** We present the case of a 79-year-old patient who consulted for right iliac fossa pain, nausea, and chills; laboratory findings showing a white blood cell count of 16,900/ μ L (neutrophils 79%) and C-reactive protein of 4.51 mg/L. Laparoscopy revealed a 2 x 3 cm purple-colored cecal tumor with signs of pericecal inflammation, right hemicolectomy was performed. Histopathological analysis confirmed a true ischemic cecal diverticulum. **Conclusion:** Cecal diverticulitis is an infrequent condition that can mimic an acute abdomen, necessitating a high index of suspicion, especially in patients over 40 years of age. Laparoscopic approach proves to be a safe and effective method for diagnosis and treatment in these patients.

Key words: Diverticulitis, solitary cecal diverticulum, laparoscopy, right hemicolectomy

1. Cirujano General. Profesor Titular Escuela de Medicina Luis Razetti. Hospital Universitario de Caracas. Jefe de Cátedra Clínica y Terapéutica Quirúrgica B. Hospital Universitario de Caracas. Correo: miguelvassallo@gmail.com.
2. Cirujano General. Doctor en Ciencias de la Salud. Profesor Titular Escuela de Medicina Luis Razetti Hospital Universitario de Caracas. UCV.
3. Cirujano General. Clínica Santa Sofía
4. Cirujano General. Adjunto Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. UCV. Caracas-Venezuela
5. Cirujano pediatra. Clínica Santa Sofía, Caracas-Venezuela

Recepción: 19/08/2023

Aprobación: 10/11/2023

DOI: 10.48104/RVC.2023.76.2.12

www.revistavenezolanadecirugia.com

INTRODUCCIÓN

La enfermedad diverticular es una entidad frecuente en el mundo occidental. Con una prevalencia del 8,5%. Alrededor del 50% de las personas mayores de 50 años se ven afectadas, siendo en el 85% el colon izquierdo y sigmoideas el lugar predilecto. ^[1,2]

El divertículo cecal solitario (dcs), descrito por primera vez en 1912 por Potier, continúa siendo una entidad rara; representando el 3,6% de las manifestaciones de la enfermedad diverticular. El dcs se encuentra con mayor frecuencia entre la población asiática, en quienes la enfermedad diverticular es predominantemente derecha (70%) y puede ser solitaria en el 80% de los casos. ^[3]

Los divertículos cecales se pueden clasificar en congénitos y adquiridos; los congénitos se desarrollan a partir de la sexta semana de gestación de una bolsa exterior del ciego que involucra las tres capas de la pared del colon, denominados divertículos verdaderos. Los divertículos falsos o adquiridos se desarrollan a partir de una protrusión de la mucosa y submucosa a través de una debilidad de la capa muscular, similar a los divertículos sigmoideos. Los divertículos cecales también se pueden clasificar en solitarios o múltiples, los solitarios son generalmente congénitos, mientras que múltiples divertículos cecales son adquiridos. ^[1]

El dcs generalmente es asintomático, su complicación más frecuente es la diverticulitis en el 13% de los casos. La diverticulitis de ciego suele confundirse con apendicitis aguda debido a sus hallazgos clínicos e imágenes. El diagnóstico clínico preoperatorio es bastante difícil, esta entidad se detecta en aproximadamente 1/300 casos operados con diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda. ^[3]

Se presenta el caso de un paciente con diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda que posterior a la laparoscopia exploradora se demuestra proceso inflamatorio pericecal sugestivo de diverticulitis cecal solitaria.

Presentación del caso

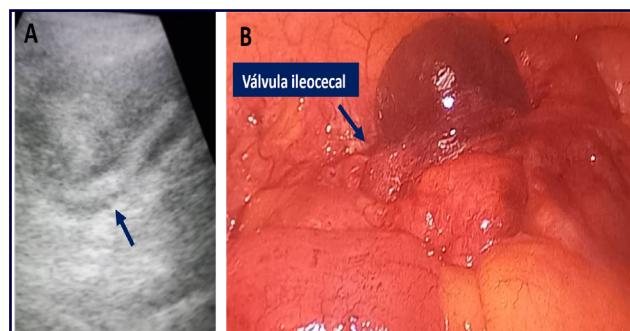
Información del Paciente

Paciente masculino de 79 años de edad con antecedente de hipertensión arterial sistémica controlada y sin antecedentes quirúrgicos, quien consultó por presentar dolor en fosa ilíaca derecha de aparición insidiosa de moderada intensidad de 24 horas de evolución, concomitante náuseas y escalofríos. Paciente niega otra sintomatología. Al examen físico luce en estables condiciones generales, taquicárdico, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, blando, depresible, doloroso a la palpación de flanco y fosa ilíaca derecha, con signo de irritación peritoneal, Blumberg positivo, no se palpa masa. Resto de examen físico dentro de límites normales.

Estudio diagnóstico

Laboratorio leucocitos 16900uL a predominio de neutrófilos 79%, proteína C reactiva 4,51mg/L (valor de referencia 0-0,5). Resto de los laboratorios dentro de límites normales.

Ecosonograma abdominal informa estructura tubular hiperecogénica con un halo hipoeucogénico en relación con apéndice cecal y escaso líquido libre en fondo de saco, sugestivo de apendicitis aguda. (Figura 1A)



**Figura 1. A. Imagen de ecosonograma abdominal
B. Hallazgos laparoscópicos**

Tratamiento realizado

Bajo anestesia general inhalatoria, se realiza laparoscopia exploradora obteniendo como hallazgos escaso líquido serohemático en fondo de saco, ciego aumentado de tamaño y consistencia, tumoración pétrea violácea de 2 x 3cm a 2 cm de válvula ileocecal, colon ascendente corto y resto de cavidad sin alteraciones. (Figura 1B)

En vista de hallazgos y sospecha de una patología tumoral, se realizó hemicolectomía derecha vía laparoscópica, posterior a lo cual se exterioriza la pieza a través del flanco derecho y se confecciona la ileotransverso anastomosis laterolateral extracorpórea con maquina lineal cortante. (Figura 2 A y B)

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

Paciente evolucionó de manera satisfactoria, egresa al cuarto día post operatorio en buenas condiciones generales.

El estudio histopatológico confirmó la presencia de divertículo solitario isquémico en el ciego que afectaba las tres capas de la pared del colon, con características inflamatorias agudas, edema, esfacelamiento de la mucosa, hemorragia reciente y necrosis focal. Ganglios linfáticos con hiperplasia sinusoidal reactiva e inespecífica. (Figura 2C)

DISCUSIÓN

La diverticulitis cecal es una enfermedad poco común, representando un desafío para su diagnóstico. Se presenta con mayor frecuencia en hombres y a una edad promedio de 44 años. ^[1,4]

Diferenciar la enfermedad diverticular de la apendicitis aguda o un tumor perforado de ciego puede ser complicado. El diagnóstico preoperatorio del divertículo cecal es raro y han sido

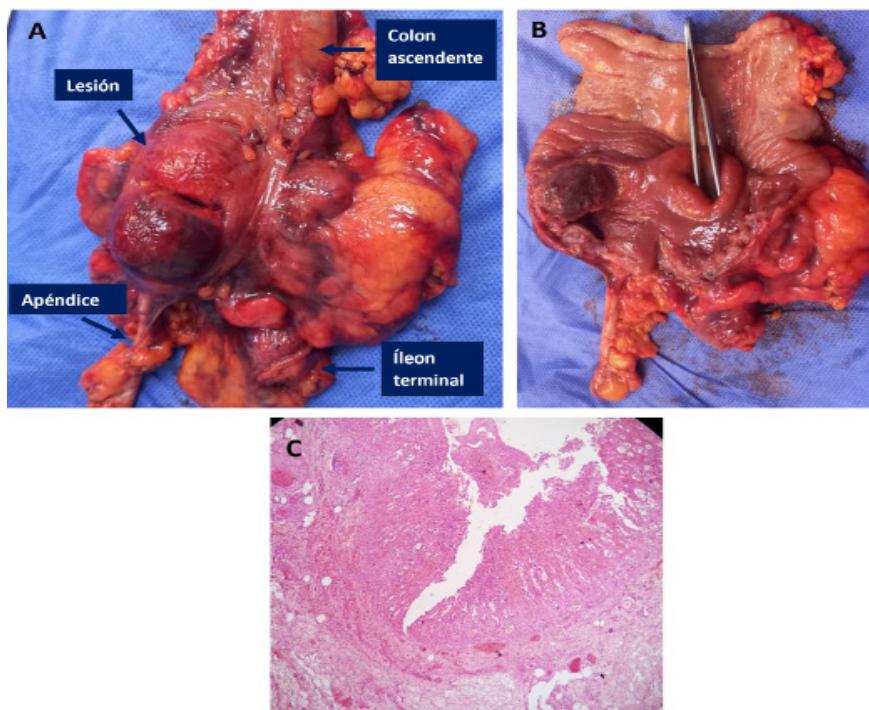


Figura 2. A. Pieza quirúrgica cerrada B. Pieza quirúrgica abierta C. Imagen histológica

descritos en el 1% de los casos. En el estudio realizado por Uhe y colaboradores^[3] el 93,2% de los pacientes presentaron dolor abdominal en fossa ilíaca derecha y el 70% de los pacientes fueron llevados a cirugía exploradora con el diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda, como el caso descrito en esta presentación.

Los estudios de imágenes preoperatorios (ecosonograma abdominal (US) y la tomografía axial computarizada (TAC)) son esenciales para el diagnóstico. El US con una sensibilidad y especificidad de 91,3% y 99,8% respectivamente para el diagnóstico de diverticulitis del lado derecho; suele mostrar las siguientes características: estructuras hipoeogénicas de forma redonda u ovalada que sobresalen de la pared del colon, a diferencia de la apendicitis que suele ser tubular y pueden estar rodeados de tejido blando heterogéneo hiperecoico que corresponde con la inflamación de la grasa pericólica. ^[3,5]

Sin embargo, a pesar de que el US es más accesible y menos costoso, la TAC tiene la ventaja de ser más precisa y puede identificar otras complicaciones de la diverticulitis tales como perforación y abscesos, así como descartar otros diagnósticos diferenciales tales como apendicitis, tiflitis o carcinoma, con una sensibilidad y especificidad del 98%. Las características de la TAC incluyen un divertículo inflamado o una bolsa llena de contraste, rodeado por un engrosamiento de la pared del colon e inflamación de la grasa pericólica, edema localizado y líquido líquido libre extraluminal. ^[4,5]

Los dcs se localizan en la mayoría de los casos (80%) a 2,5cm de la válvula ileocecal y el 50% se encuentran en la pared anterior lo cual corresponde con hallazgos del paciente presentado. ^[1]

El manejo de la diverticulitis cecal difiere dependiendo si el divertículo está complicado o no y el estado inflamatorio de la lesión, en pacientes con masas inflamatorias grandes grado III o IV, con marcada inflamación, perforación o torsión se recomienda la realización de colectomía derecha o ileo-cecal, tal como se observó en este caso con marcada inflamación e isquemia. ^[4,6]

La cirugía laparoscópica se recomienda en la medida de lo posible, ya que se asocia con ventajas como menos sangrado, recuperación más rápida y estancia hospitalaria más corta. Sin embargo, no siempre es posible, puede depender de la ubicación, el dcs que se origina en la pared anterior se maneja más fácilmente que el que se encuentra en la pared lateral o posterior, especialmente cuando está asociado a flegmón; en estos casos puede ameritar una disección prolongada y en algunos casos ameritar conversión a cirugía abierta, dependiendo de la experiencia del cirujano. ^[3]

El diagnóstico intraoperatorio puede resultar desafiante para el cirujano, especialmente cuando se sospecha de malignidad en aquellos casos donde se presente una masa indurada e inflamada indistinguible a simple vista. En el caso que la sospecha sea sugestiva de malignidad, debe procederse a la hemicolectomía derecha, como en el caso presentado con sospecha de malignidad perioperatoria. ^[1]

Este caso clínico de diverticulitis cecal solitaria destaca la importancia de mantener un alto índice de sospecha en presentaciones clínicas atípicas de enfermedad diverticular. La colaboración interdisciplinaria y el uso de imágenes diagnósticas son esenciales para el diagnóstico preciso y el éxito del tratamiento.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AutoRES

M.V desarrolló la idea y aportó los datos del paciente. C.I condujo la búsqueda de la bibliografía, recolección de datos y redacción del manuscrito. C.O contribuyó en la recolección de datos, M.V, H.C, I.V y C.I contribuyeron en la discusión y análisis del trabajo. Todos los autores contribuyeron la intervención del paciente, aportaron críticas previo al envío y aprobaron el informe final.

APROBACIÓN ÉTICA: Se obtuvo el consentimiento informado del paciente incluido en el estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Koshy RM, Abusabeib A, Al-Mudares S, Khairat M, Toro A, Di Carlo I. Intraoperative diagnosis of solitary cecal diverticulum not requiring surgery: is appendectomy indicated? *World J Emerg Surg.* 2016;11(1): 1. <https://doi.org/10.1186/s13017-015-0057-y>.
2. van Dijk ST, Bos K, de Boer MGJ, Draisma WA, van Enst WA, Felt RJF, *et al.* A systematic review and meta-analysis of outpatient treatment for acute diverticulitis. *Int J Colorectal Dis.* 2018;33(5): 505–512. <https://doi.org/10.1007/s00384-018-3015-9>.
3. Uhe I, Meyer J, Viviano M, Naiken S, Toso C, Ris F, *et al.* Caecal diverticulitis can be misdiagnosed as acute appendicitis: a systematic review of the literature. *Colorectal Dis.* 2021;23(10): 2515–2526. <https://doi.org/10.1111/codi.15818>.
4. Kalcan S, Basak F, Hasbahceci M, Kilic A, Canbak T, Kudas I, *et al.* Intraoperative diagnosis of cecal diverticulitis during surgery for acute appendicitis: Case series. *Ulus Cerrahi Derg.* 2016;32(1): 54–57. <https://doi.org/10.5152/UCD.2015.2765>.
5. Gonullu E, Yigit M, Mantoglu B, Capoglu R, Harmantepe T, Gunduz Y, *et al.* Management of solitary cecum diverticulitis – Single-Center Experience. *Pol Przegl Chir.* 2021;93(3): 1–5. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0014.8057>.
6. Lock JF, Galata C, Reißfelder C, Ritz JP, Schiedeck T, Germer CT. The Indications for and Timing of Surgery for Diverticular Disease. *Dtsch Arztebl Int.* 2020; <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0591>.