



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-682 - ENFERMEDAD DIVERTICULAR EN APÉNDICE VERMIFORME. REVISIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA EN 5 AÑOS

Bazán Hinojo, María del Carmen; Roldán Ortiz, Susana; Fornell Ariza, Mercedes; Ayllón Gámez, Saray; Peña Barturen, Catalina; Pérez Luque, Ana; Bengoechea Trujillo, Ander; Pacheco García, José Manuel

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Resumen

Objetivos: La diverticulosis apendicular constituye una enfermedad infrecuente, con incidencia entre 0,004-2,1% en piezas de apendicectomía. Por ello, realizamos revisión de casos tratados durante 5 últimos años en nuestro centro.

Métodos: Se realiza estudio retrospectivo desde enero de 2013 a diciembre de 2017. Encontramos 5 pacientes con divertículos en apéndice, cuatro de los pacientes eran varones y una mujer. El rango de edad comprendido entre 15-52 años, siendo 3 pacientes mayores de 40 años. Tres pacientes presentaban dolor de inicio epigástrico con migración a FID posterior y dos presentaban dolor abdominal generalizado. Sólo un paciente asoció náuseas y vómitos. Analíticamente, todos presentaron leucocitosis y RFA elevados. Con respecto a pruebas de imagen complementarias, en dos casos se realizó ecografía abdominal y en dos TC que identificaban colección y plastrón en FID, siendo siempre sospecha diagnóstica de proceso apendicular agudo.

Resultados: En todos los casos se realizó apendicectomía: 2 mediante abordaje laparoscópico y 3 abordaje laparotómico. El diagnóstico anatomopatológico fue en 4 casos de apendicitis asociada a divertículo no complicado (III) y en 1 caso de diverticulitis asociada a apendicitis (II).

Conclusiones: La enfermedad diverticular en apéndice fue descrita por Kelynack en 1893. Según las características histopatológicas se clasifican en 4 formas diferentes, siendo la tipo I la más frecuente. Los factores de riesgo descritos son: edad mayor a 30 años, varón, antecedente de fibrosis quística o enfermedad de Hirschsprung. Clínicamente se manifiesta como dolor abdominal insidioso, crónico con ausencia de sintomatología gastrointestinal o como proceso inflamatorio agudo, difícilmente distinguible de apendicitis aguda, siendo el riesgo de perforación apendicular 4 veces más frecuente. El empleo de ecografía o TC es inespecífico, informando en la mayoría de los casos de proceso apendicular agudo. El tratamiento de elección es la apendicectomía, tanto en forma aguda como profiláctica cuando se evidencian divertículos apendiculares durante una intervención quirúrgica. Dupre et al. han demostrado asociación entre diverticulosis apendicular y neoplasias (carcinoides y adenomas mucinosos). Por tanto, es importante tener presente esta patología como diagnóstico diferencial, a pesar de su escasa frecuencia y el diagnóstico definitivo es histológico.