



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-280 - DIVERTÍCULO APENDICULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Alberca Páramo, Ana; Blanco Elena, Juan Antonio; Robles Quesada, María Teresa; Solís García, Eduardo; Fuentes Molina, Sofía

Hospital Infanta Margarita, Cabra.

Resumen

Introducción: Los divertículos apendiculares son infrecuentes y se descubren de forma accidental, por lo que desconocemos su incidencia.

Caso clínico: Mujer de 71 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial que acude a urgencias por dolor abdominal de 24 horas de evolución en hemiabdomen derecho con náuseas y vómitos. El día anterior presentó fiebre. La analítica mostró leucocitosis y elevación de PCR. Se decidió realizar un TC abdominal urgente en el cual se visualizó un apéndice con extremo distal intrapélvico aumentado de tamaño con líquido periapendicular sugestivo de apendicitis aguda. Ante estos hallazgos se realizó una intervención quirúrgica urgente, en la cual se apreció una apendicitis aguda flegmonosa en posición pélvica, se realizó una apendicectomía laparoscópica. El postoperatorio transcurrió con normalidad, siendo dada de alta al 2 día postoperatorio con tolerancia oral correcta y tránsito positivo. La anatomía patológica objetivó un apéndice ileocecal perforada en la zona media y con áreas necróticas en la superficie sugestiva de apendicitis aguda flegmonosa. En la zona distal se aprecia una formación diverticular.

Discusión: Encontramos divertículos en todo el tubo digestivo, sin embargo su localización en el apéndice ileocecal no es frecuente. La diverticulosis apendicular fue descrita por primera vez en 1893 por Kelyneck. Los divertículos del apéndice pueden ser verdaderos o adquiridos. Los verdaderos o congénitos presentan todas las capas de la pared y se localizan en el borde antimesentérico y son muy raros. Los adquiridos o falsos, también denominados pseudodivertículos, que son la mayoría de los divertículos, suponen una hernia de la capa mucosa y submucosa a través de la capa muscular que surgen de la presión intraluminal y son los más frecuentes. Se describe la localización del divertículo en el apéndice según la regla del 60%:60% se localizan en el tercio distal, el 60% en el borde antimesentérico y el 60% son múltiples. Los divertículos pueden ser asintomáticos o producir complicaciones como inflamación, perforación, fibrosis y hemorragia. Los divertículos adquiridos se complican con mayor frecuencia que los congénitos porque presentan mayor dificultad para su vaciamiento. La diferencia entre una apendicitis aguda (AA) y una diverticulitis aguda apendicular (DAA) es difícil aunque normalmente la clínica de la DAA suele ser más prolongada y se suelen asociar con mayor frecuencia a mucocelos apendiculares. Algunos estudios indican que la ecografía podría facilitar este diagnóstico diferencial, pues un divertículo inflamado se presentaría como una señal hipocóica, rodeada por tejido graso ecogénico, la AA se vería como un anillo hiperecóico dentro del cual se aprecia un anillo relleno de líquido y la DAA presenta todas las capas inflamadas

así como su interior (ecogénicas). Aunque esta es una prueba radiólogo dependiente y la baja frecuencia de dicha patología hace que siga siendo un diagnóstico prequirúrgico difícil. La presencia de un divertículo en el apéndice ileocecal es infrecuente. Es difícil la diferenciación de DAA y AA.