



Cartas científicas

Diverticulitis aguda apendicular: ¿una apendicitis aguda atípica?

Acute appendicular diverticulitis: An atypical acute appendicitis?

La diverticulitis apendicular es una entidad muy poco frecuente. Suele manifestarse como dolor en la fosa ilíaca derecha, similar a una apendicitis aguda, con la que debe hacerse un diagnóstico diferencial. Sin embargo, en ocasiones, su presentación clínica es diferente, con ausencia de síntomas gastrointestinales y escaso dolor abdominal. En estos casos, si el cirujano no sospecha esta afección, se produce un retraso en el diagnóstico correcto, lo que desemboca en una perforación apendicular con el consiguiente aumento de la morbimortalidad^{1,2}. Exponemos 2 casos de diverticulitis apendicular aguda: un caso con perforación del divertículo apendicular y un plastrón intraabdominal, que se manifestó como un cuadro de obstrucción intestinal, y otro caso con un cuadro idéntico a una apendicitis aguda.

Caso 1: mujer de 85 años, intervenida 40 años antes de colecistectomía como único antecedente personal de interés, que acudió al servicio de urgencias por dolor abdominal tipo cólico, difuso, no irradiado, asociado a vómitos bilioentéricos y ausencia de deposición de 3 días de evolución. En la exploración física destacaba un abdomen duro, distendido, doloroso a la palpación en el hipogastrio, sin peritonismo y ruidos hidroaéreos disminuidos. En la analítica sanguínea destacaban 16.000 leucocitos/mm³ con neutrofilia y proteína C reactiva (PCR) mayor de 250 mg/l. Una radiografía simple de abdomen mostraba dilatación de las asas del intestino delgado (fig. 1). Ante el diagnóstico de sospecha de suboclusión intestinal secundaria a bridas de la cirugía abdominal previa, se instauró inicialmente tratamiento conservador con reposo intestinal, sueroterapia y colocación de sonda nasogástrica. La paciente no mostró mejoría clínica en las siguientes 48 h y el dolor abdominal aumentó, por lo que se realizó una laparotomía exploradora, mediante la que se observó un plastrón inflamatorio en el hipogastrio, incluidas las asas del intestino delgado, adyacentes a un apéndice cecal inflamado, indicativo de apendicitis aguda con una perforación contenida. Se liberaron las asas intestinales incluidas en el plastrón y se realizó una apendicectomía. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y se le dio el alta al 6.º día de la intervención.

El estudio anatomopatológico mostró una diverticulitis apendicular aguda perforada.

Caso 2: varón de 43 años, sin antecedentes de interés, que acudió al servicio de urgencias por dolor tipo cólico en la fosa ilíaca derecha de 24 h de evolución. En la exploración física, presentaba dolor en la fosa ilíaca derecha con signos de peritonismo. En una analítica destacaban 12.500 leucocitos/mm³ y PCR de 29,3 mg/l. Una ecografía abdominal mostró hallazgos indicativos de apendicitis aguda. Se intervino al paciente de urgencia y se le realizó una apendicectomía laparoscópica, mediante la que se observó un apéndice engrosado y de aspecto gangrenoso (fig. 2A). El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y se le dio el alta a las 48 h de la intervención. El estudio anatomopatológico mostró un divertículo apendicular con exudación neutrofílica y perforación (fig. 2B).

La diverticulitis apendicular es una enfermedad poco frecuente, con una incidencia en autopsias que oscila entre el 0,004 y el 2,1%; aparece habitualmente a partir de la 3.ª década de vida^{1,3}. Kelynack la describió por primera vez en 1893 y en ocasiones se la ha considerado como una variante de apendicitis⁴. Se consideran como factores de riesgo de tener diverticulitis apendicular el sexo masculino, la edad mayor de 30 años y la fibrosis quística^{1,5}.

Las manifestaciones clínicas en fase inicial suelen ser poco llamativas, con un dolor insidioso e intermitente que puede prolongarse hasta 2 semanas, sin sintomatología gastrointestinal asociada (náuseas, vómitos o diarrea). Suele localizarse en la fosa ilíaca derecha, por lo que es esencial el diagnóstico diferencial con la apendicitis aguda, cuyo dolor es más agudo y menos prolongado. La ausencia de sospecha de esta enfermedad condiciona un retraso en el diagnóstico, lo que acaba en una perforación apendicular. Ésta es 4 veces más frecuente en la diverticulitis apendicular que en la apendicitis aguda y multiplica por 30 la mortalidad. No obstante, la peritonitis generalizada es poco frecuente, ya que el proceso inflamatorio queda contenido en el mesoapéndice y la inflamación se disemina a través de los mesos hacia el retroperitoneo⁶.



Figura 1 – Radiografía de abdomen. Asas de intestino delgado dilatadas, indicativo de cuadro de obstrucción intestinal.

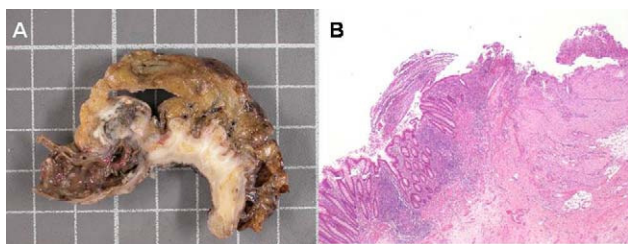


Figura 2 – A) Apéndice de 7,5×1 cm. En la porción distal se observan estructuras diverticulares, la más proximal, con depósito de material marrónáceo pastoso al igual que la luz apendicular adyacente. B) H&E 20x. Diverticulitis en el borde de la perforación. Uno de los trayectos muestra infiltrado inflamatorio agudo y la ulceración de la mucosa al alcanzar la superficie serosa.

En nuestra primera paciente, la perforación se produjo posiblemente en el borde antimesentérico, lo que provocó una peritonitis localizada con un plastrón inflamatorio, en el que quedaron asas intestinales atrapadas que produjeron una obstrucción intestinal. En ocasiones, el plastrón inflamatorio simula una masa y se confunde con un proceso neoplásico¹.

La analítica muestra valores inespecíficos: leucocitosis y elevación de parámetros inflamatorios (PCR, fibrinógeno, etc.). Mediante ecografía, ocasionalmente se pueden identificar los divertículos del apéndice, habitualmente herniaciones de la

mucosa a través de la capa muscular, así como la inflamación de la pared apendicular y datos de periapendicitis⁷. Las desventajas de este método de imagen son que es operador dependiente y lo interfiere el gas intestinal.

El tratamiento de elección es la apendicectomía en aquellos casos sintomáticos. En pacientes asintomáticos, con diagnóstico casual de diverticulosis apendicular mediante una prueba de imagen, algunos autores recomiendan la apendicectomía, abierta o laparoscópica, porque las dos terceras partes de ellos van a presentar un episodio de inflamación y cerca del 50% presentará una perforación apendicular^{8,9}, pero otros dudan del beneficio potencial de una apendicectomía profiláctica¹, por lo que debe individualizarse la indicación en función del riesgo que entraña la cirugía y el beneficio que entrañaría la resección profiláctica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kabiri H, Clarke LE, Tzrnas CD. Appendiceal diverticulitis. *Am Surg.* 2006;72:221-3.
2. Place RJ, Simmang CL, Huber Jr PJ. Appendiceal diverticulitis. *South Med J.* 2000;93:76-9.
3. Albaugh G, Vemulapalli P, Kann B, Pello M. Appendiceal diverticulitis in a youth. *Am Surg.* 2002;68:380-1.
4. Abdullgaffar B. Diverticulosis and diverticulitis of the appendix. *Int J Surg Pathol.* 2009;17:231-7.
5. Lock JH, Wheeler WE. Diverticular disease of the appendix. *South Med J.* 1990;83:350.
6. Niwa H, Hiramatsu T. A rare presentation of appendiceal diverticulitis associated with pelvic pseudocyst. *World J Gastroenterol.* 2008;14:1293-5.
7. Barc RM, Rousset J, Maignien B, Lu M, Prime-Guitton CH, Garcia JF. Diverticula of the appendix and their complications: Value of sonography (review of 21 cases). *J Radiol.* 2005;86:299-309.
8. Birdsong D, Kolachalam RB. Laparoscopic appendectomy for diverticular disease of the appendix. *Surg rounds.* 1998;21:281-2.
9. Bianchi A, Heredia A, Hidalgo LA, García-Cuyàs F, Soler MT, Del Bas M, et al. Enfermedad diverticular del apéndice cecal. *Cir Esp.* 2005;77:96-8.

Jaime Ruiz-Tovar^{a,*}, Miguel Ángel Hernández Bartolomé^b, Liliam El Bouayadi^c, Ana María Martín Hita^c y Manuel Limones^b

^aServicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante, España

^bServicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

^cServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jruiztovar@gmail.com (J. Ruiz-Tovar).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2009 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2009.12.020