



Caso clínico

DIVERTICULITIS AGUDA DERECHA: A PROPÓSITO DE UN CASO

ACUTE RIGHT DIVERTICULITIS: A CASE REPORT

Lucía Lorenzo Alfaya¹; Dania Calvo-Rodríguez¹.

(1) Servicio de Cirugía General. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, España.

RESUMEN:

Presentamos el caso de una paciente de 53 años de edad que consulta por presentar un cuadro sugestivo de apendicitis aguda. Fue intervenida quirúrgicamente de manera urgente, observándose en el ciego, adyacente a la válvula íleo-cecal, un divertículo perforado. También se identificaron otros divertículos colónicos no complicados, por lo que se realizó una resección íleo-cecal. La diverticulosis colónica derecha es una entidad rara (incidencia de 1-5%) con una tasa de complicación del 10%. El objetivo de presentar este caso fue el de recordar que existen patologías poco habituales que fácilmente pueden ser confundidas con diagnósticos más frecuentes.

Palabras clave: Torsión apendicular; Apendicitis aguda; Abdomen agudo.

ABSTRACT:

We present the case of a 53-year-old patient who consulted due to symptoms suggestive of acute appendicitis. She underwent urgent surgery and a perforated diverticulum, was observed in the cecum, adjacent to the ileo-cecal valve. Other uncomplicated colonic diverticula were also identified, so an ileo-cecal resection was performed. Right colonic diverticulosis is a rare entity (incidence of 1-5%) with a complication rate of 10%. The objective of presenting this case was to remember that there are rare pathologies that can easily be confused with more frequent diagnoses.

Keywords: Appendicular torsion; Acute appendicitis; Acute abdomen.

Fecha de recibido: 11/01/2024 - Fecha de aceptación: 11/04/2024 - Fecha de publicación en línea: 14/06/2024. Autor de correspondencia: correo revista.

Citar como: Lorenzo Alfaya L; Calvo-Rodríguez D. Diverticulitis aguda derecha: a propósito de un caso. Rev Cir Gal. 2024; 8(10): e1-e4. Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons BY-NC-ND <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

INTRODUCCIÓN:

La diverticulosis de colon derecho es una entidad poco frecuente en Occidente, siendo mayor su incidencia en países asiáticos¹⁻⁴. Su presentación clínica es similar a otras patologías

más frecuentes y, dada su baja incidencia, el diagnóstico es más complejo, siendo diagnosticada erróneamente como apendicitis hasta en un 66% de los casos⁵⁻⁷. A pesar de la sensibilidad y especificidad del ultrasonido y la tomografía³,

dos de cada tres pacientes con diverticulitis de colon derecho son operados (algunas veces de manera innecesaria) bajo el diagnóstico presuntivo de apendicitis^{1,2,5,6}.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 53 años que acude a Urgencias por dolor abdominal de 3 días de evolución en fosa ilíaca derecha (FID), acompañado de vómitos, fiebre y deposiciones más blandas de lo habitual. Como antecedentes personales, destacamos una cesárea previa. En la exploración física presentaba dolor en FID con defensa, así como Blumberg y Rovsing positivos. Se realizó una analítica donde se objetiva leucocitosis (10590/ μ L) y elevación de reactantes de fase aguda (PCR de 52,42 mg/L). También se realizó una ecografía abdominal donde se observó el apéndice engrosado, adenopatías locorre-gionales de aspecto reactivo y líquido libre en pelvis de escasa cuantía, siendo el diagnóstico ecográfico de apendicitis aguda.

Se decidió intervenir de manera urgente, realizándose un abordaje laparoscópico; se precisó convertir a cirugía abierta debido a la presencia de un importante síndrome adherencial. Durante la intervención se observó en FID un plastrón inflamatorio en relación a una perforación de un divertículo de ciego situado próximo a la válvula ileocecal (**Figura 1**).

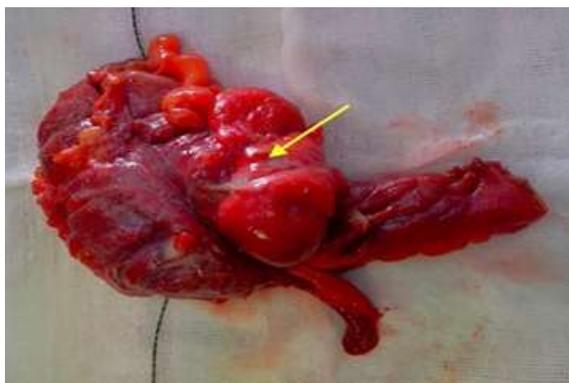


Figura 1: Divertículo perforado próximo a válvula ileocecal. (Fuente: imagen propia).

Otros hallazgos de la cirugía fueron la identificación de otros divertículos en cara posterior del ciego no complicados (**Figura 2**).



Figura 2: Divertículos complicados. (Fuente: imagen propia).

Ante los hallazgos descritos, se decidió realizar una resección ileocecal con anastomosis latero-lateral isoperistáltica mecánica. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, con una evolución satisfactoria; por lo que la paciente fue dada de alta al quinto día postoperatorio

La anatomía patológica de la pieza fue compatible con divertículo cecal perforado, con formación de plastrón fibroinflamatorio pericecal y formación de absceso; el apéndice ileocecal no mostraba alteraciones.

DISCUSIÓN:

La diverticulosis de colon derecho es una entidad rara que afecta a menos del 5% de la población, siendo más frecuente en pacientes jóvenes y varones^{1,3,4,7-9}. Geográficamente, predomina en Asia, donde esta patología representa el 70-90% de toda la enfermedad diverticular (ED); frente a Occidente, donde supone el 1-2%^{2,4}. La tasa de complicaciones de la diverticulitis derecha es del 5-10% (menor que en ED izquierda)^{1,2}. Además, su fisiopatología también parece diferir de la ED izquierda, con un mayor peso del factor genético frente a la edad y los factores ambientales⁹.

La presentación clínica habitual es de dolor en FID, diarrea y leucocitosis; por lo que puede llegar a confundirse con un cuadro de apendicitis aguda^{2,4}. Hasta en dos tercios de los pacientes se realiza intervención quirúrgica bajo el diagnóstico de presunción de apendicitis^{1,2,6-8}. A diferencia de la apendicitis aguda, el

tiempo de evolución del dolor es mayor y la migración desde epigastrio a FID es menos frecuente⁴. Suele asociar diarrea, la cual está presente únicamente en el 18% de las apendicitis², así como una menor incidencia de náuseas y vómitos^{4,6}; además, la leucocitosis y reactantes de fase aguda están elevados de forma más notable en un cuadro de apendicitis⁶ (**Tabla 1**). A diferencia de la diverticulitis izquierda, el cuadro suele ser más indolente y la recurrencia menor¹⁰, aunque presenta una mayor tasa de sangrado^{1-3,6}.

	DIVERTICULITIS DERECHA	APENDICITIS AG
TIEMPO EVOLUCIÓN	↑	↓
NÁUSEAS	↓	↑
DIARREA	↑	↓
REACTANTES FASE AGUDA	↓	↑

La prueba de imagen de elección es el TC de abdomen con contraste, con una especificidad del 90-95%^{1,4,6}. La ecografía puede resultar diagnóstica, pero sólo alcanza tasas de sensibilidad y especificidad equivalentes al TC cuando es realizada por radiólogos experimentados^{2,4,6,7}.

En cuanto al tratamiento, el protocolo de manejo de las diverticulitis derechas no está tan establecido como en las izquierdas^{2,6,8}. El tratamiento conservador con antibioterapia es el primer paso, dada la baja tasa de complicaciones y recidivas, siendo exitoso en un 95% de los casos^{1-4,6-9}. La cirugía se reserva ante la presentación de complicaciones (perforación, abscesos sin posibilidad de drenaje percutáneo, fracaso de la antibioterapia, sangrado que no se resuelve endoscópicamente)^{3,6}, en caso de 2 o más recidivas y cuando existe sospecha de malignidad (incidencia del 5,8%)^{1,2,7-9}. En cuanto al abordaje quirúrgico, no hay una clara indicación sobre cuál es la mejor técnica. En caso de divertículos únicos con poca inflamación asociada, algunos autores abogan por realizar una diverticulectomía combinada con apendicectomía (aunque se trata de una intervención bastante controvertida, parece presentar una baja tasa de complicaciones; además, la asociación de apendicectomía se recomienda para evitar confusiones diagnósticas en futuros episodios)^{1,2,5,6,8}. Ante inflamación extensa, perforación o divertículos múltiples, la opción más recomendada es la

resección ileocecal (si afecta únicamente al ciego) o la hemicolectomía derecha (afectación de colon ascendente o datos de sospecha de malignidad)^{1,2,6,8}.

CONCLUSIONES:

La diverticulosis derecha es una patología con una baja incidencia que frecuentemente es confundida con apendicitis aguda. Una buena anamnesis y un buen conocimiento de la patología pueden ayudar a orientar el diagnóstico. Actualmente no existen guías ni protocolos específicos sobre su tratamiento, el cual abarca desde una actitud conservadora hasta opciones quirúrgicas más agresivas, como es la colectomía derecha.

BIBLIOGRAFÍA:

- Gortázar S, Trébol J, Pascual I, Maté P, Marcano C, Díaz J. Nota científica: Diverticulitis de colon derecho: Un diagnóstico diferencial de la apendicitis cada vez más frecuente. Rev Acircal. 2019; 6 (1): 64.
- Ferrara F, Bollo J, Vanni LV, Targarona EM. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon derecho: revisión de conjunto. Cir Esp. 2016; 94 (10): 553-559. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.08.008>
- Papatriantafyllou A, Dedopoulou P, Soukouli K, Karioris I, Tsochatzis S. Right-Sided Diverticulitis: A Rare Cause of Right-Sided Abdominal Pain. Cureus. 2023; 15 (4): e37123. <https://doi:10.7759/cureus.37123>
- Palacios Huatuco RM, Pantoja Pachajoa DA, Liaño JE, et al. Right-sided acute diverticulitis in the West: experience at a university hospital in Argentina. Ann Coloproctol. 2023; 39 (2): 123-130. <https://doi:10.3393/ac.2021.00402.0057>
- Jabre S, Supino M. An Unusual Case of Right Lower Quadrant Pain: A Case Report. Clin Pract Cases Emerg Med. 2022; 6 (1): 61-63. <https://doi:10.5811/cpcem.2021.11.53795>

6. Epifani AG, Cassini D, Cirocchi R, et al. Right sided diverticulitis in western countries: A review. *World J Gastrointest Surg.* 2021; 13 (12): 1721-1735. <https://doi:10.4240/wjgs.v13.i12.1721>
7. Díaz-Rosales JDD, Salva CR, Velázquez-Meraz I. Diverticulitis del lado derecho, diagnóstico diferencial de apendicitis complicada. Presentación de caso clínico. *Cirujano General.* 2019; 41 (3): 226-229.
8. Ma Z, Liu W, Zhou J, et al. Management and long-term outcomes of acute right colonic diverticulitis and risk factors of recurrence. *BMC Surg.* 2022; 22(1): 132. <https://doi:10.1186/s12893-022-01578-z>
9. Rov A, Ben-Ari A, Barlev E, Pelcman D, Susmalian S, Paran H. Right-sided diverticulitis in a Western population. *Int J Colorectal Dis.* 2022; 37 (6): 1251-1256. <https://doi:10.1007/s00384-022-04135-5>
10. Sung CW, Liu KL, Wang HP, et al. Author Correction: Colonic diverticulitis location is a risk factor for recurrence: a multicenter, retrospective cohort study in Asian patients. *Sci Rep.* 2022; 12(1): 13254. <https://doi:10.1038/s41598-022-17571-8>.