

CASO CLÍNICO

Divertículo de apéndice como hallazgo en una apendicitis aguda Diverticulum of the appendix as a finding in acute appendicitis

Daniel González González¹
ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3916-9201>

Nicolás Tarigo²
ORCID <https://orcid.org/0000-0002-0807-5539>

DOI: 10.31837/cir.urug/5.1.2

Recibido: 13 de marzo de 2020
Aceptado: 22 de julio de 2020

Resumen

La enfermedad diverticular de apéndice es infrecuente y en general su incidencia se estima mediante el estudio de piezas de apendicectomías.

Habitualmente son asintomáticos, pero en oportunidades pueden perforarse y presentarse clínicamente como una apendicitis aguda. En otros casos se asocian a una apendicitis aguda.

Se presenta un caso clínico de un paciente de 46 años que consultó por un cuadro agudo de abdomen que fue interpretado como una apendicitis aguda y con tal diagnóstico se operó. Se confirmó en el intraoperatorio y en el estudio de la pieza de resección que además informó la presencia de un divertículo apendicular.

Palabras clave: Divertículo de apéndice, apendicitis aguda.

Abstract

Diverticular disease of the appendix is infrequent and its incidence is generally estimated by studying appendectomy specimens.

They are usually asymptomatic, but can occasionally perforate and present clinically as acute appendicitis. In other cases they are associated with acute appendicitis.

We present a clinical case of a 46-year-old patient who consulted for an acute abdomen that was interpreted as acute appendicitis and with such a diagnosis he underwent surgery. It was confirmed intraoperatively and in the study of the resection specimen that also reported the presence of an appendicular diverticulum.

Key words: Diverticulum of the appendix, acute appendicitis.

¹ Profesor Titular de Clínica Quirúrgica 3, Hospital Maciel, Facultad de Medicina. Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. Jefe del Servicio de Cirugía de la Cooperativa Médica de Florida. danielalfredogg@gmail.com

² Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica F. Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay Cirujano de la Cooperativa Médica de Florida.

Introducción

La enfermedad diverticular de apéndice es infrecuente, existiendo en general publicaciones de casos clínicos o revisiones de piezas anátomo patológicas de apendicectomías (1). De acuerdo a su origen pueden ser clasificados en dos categorías: 1) congénitos o verdaderos y 2) adquiridos, falsos o pseudo-divertículos. En los primeros, la pared está constituida por todas las capas del apéndice, mientras que en los segundos únicamente por mucosa y sub-mucosa que protruyen a través de la capa muscular apendicular.

Se plantean 3 mecanismos en su producción: aumento de la presión intraluminal, contracción de la pared muscular y debilitamiento focal de la pared apendicular.

El objetivo del trabajo es comunicar un caso clínico de un divertículo de apéndice diagnosticado en pieza de apendicectomía por apendicitis aguda.

Caso clínico

Paciente de 46 años, hipertenso, fumador intenso, con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, alcoholismo y hepatopatía crónica alcohólica.

Consultó por cuadro agudo de abdomen de 24 horas de evolución dado por dolor en fosa ilíaca derecha, acompañado de fiebre.

Al examen temperatura axilar de 38,5° C, lengua saburral.

Abdomen globuloso. Dolor espontáneo en fosa ilíaca derecha. Defensa y contractura en la misma topografía.

Con planteo clínico de apendicitis aguda se operó de urgencia mediante un abordaje laparotómico dado su mal terreno respiratorio y se constató una peritonitis apendicular. Apéndice gangrenoso con una formación redondeada en la punta de aspecto tumoral (Fig. 1).

Se realizó la apendicectomía y toilette peritoneal con buena evolución postoperatoria.

El estudio anátomo patológico de la pieza confirmó una apendicitis aguda gangrenosa con lesiones de periapendicitis.

Se destaca la presencia de un divertículo apendicular.



Fig. 1. Exposición del apéndice cecal a través de incisión de Mc Burney donde se aprecia el proceso inflamatorio agudo con un sector gangrenoso y una formación seudotumoral en la punta

Discusión

El caso comunicado corresponde a un divertículo apendicular diagnosticado en el estudio de la pieza de apendicectomía con una apendicitis gangrenosa.

Esta particular condición tiene una baja incidencia, habiéndose reportado cifras que surgen precisamente como en el caso presentado, del estudio anatómico patológico de las piezas de apendicectomías que oscilan entre 0,014 y 1,9% (2,3). Se los ha asociado a un mayor riesgo de tumores carcinoides, adenocarcinomas y adenomas apendiculares (4,5), motivo por el cual se insiste en el estudio minucioso de la pieza de apendicectomía (1). Habitualmente son asintomáticos y el diagnóstico se realiza durante una laparotomía o laparoscopia indicada por el diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda como nuestro caso, aunque en otras oportunidades la enfermedad que motiva la indicación es otra. Su diagnóstico incidental durante la realización de un colon por enema o como hallazgo en una laparotomía o laparoscopia (reconocidos por su aspecto macroscópico similar a los divertículos de colon o de intestino delgado) y sin una apendicitis asociada genera un dilema con respecto a la conducta a adoptar, existiendo partidarios de la

apendicectomía profiláctica en base a lo que se mencionó anteriormente: mayor riesgo de asociación tumoral o de complicarse con una perforación (2).

En la mayoría de los casos son únicos, aunque pueden ser múltiples y su localización más frecuente es en el tercio distal del apéndice (2). Su principal complicación es la perforación y el cuadro clínico es indistinguible del de una apendicitis aguda motivo por el cual se indica la cirugía. Si bien se ha planteado que la ecografía o tomografía efectuadas por especialistas con experiencia pueden realizar el diagnóstico diferencial entre diverticulitis apendicular y apendicitis aguda (6), la disquisición no tiene mayor sentido ya que el tratamiento en ambos casos es la apendicectomía y en definitiva su confirmación es anatómo patológica con el estudio de la pieza resecada. Es de destacar que en la mayoría de los casos publicados el cirujano no describe ningún hallazgo que haga sospechar el diagnóstico intraoperatorio de divertículo y los pocos que lo hacen lo describen como un proceso pseudotumoral apendicular, aspecto que comprobamos en el caso que presentamos (1,7).

De acuerdo a los hallazgos histológicos de diverticulitis, peridiverticulitis o asociación con apendicitis aguda, Phillips (8) propuso la siguiente clasificación: tipo 1 diverticulitis primaria con o sin peridiverticulitis, tipo 2 diverticulitis aguda secundaria a apendicitis aguda, tipo 3 divertículo sin inflamación, tipo 4 divertículo con apendicitis y tipo 5 peridiverticulitis crónica con apendicitis aguda.

En base a esta clasificación, el caso que comunicamos corresponde al tipo 4.

El pronóstico en general es bueno y dependerá de la asociación de una peritonitis diverticular o apendicular.

Bibliografía

1. Bianchi A, Heredia A, Hidalgo LA, García-Cuyás F, Soler MT, del Bas M et al. Enfermedad diverticular del apéndice cecal. *Cir Esp* 2005;77(2):96-8.
2. Altieri ML, Piozzi GN, Salvatori P, Mirra M, Piccolo G, Olivari N. Appendiceal diverticulitis, a rare relevant pathology: presentation of a case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep* 2017;33:31-4.
3. Rivero Trejo L, Cardoza Macías F. Apendicitis aguda y divertículos del apéndice cecal. Informe de un paciente. *Cir Gen* 2000;22:351-3.
4. Muñoz C, Mansilla J, Roa JC, Heider C. Prevalencia de enfermedad diverticular del apéndice cecal en pacientes apendicectomizados por apendicitis aguda. *Rev Chil Cir* 2011;63(6):604-8.
5. Chan DL, Lim C, Backtiar A, Khoury M, Smigelski M, Yeh D et al. Clinical significance of appendiceal diverticulum: a significant marker for appendiceal neoplasia in Australian patients. *Int Colorectal Dis* 2018;33(11):1569-1574.

6. Yardimici AH, Bektas CT, Pasaoglu E, Kinaci E, Ozer C, Sevinic MM et al. Retrospective study of 24 cases of acute appendiceal diverticulitis: CT findings and pathological correlations. *Jpn J Radiol* 2017;35(5):225-32.
7. Ruiz Feliu B, Brotons Carreras J, Codina Barreras A, Codina Cazador A, Tuca Rodríguez F, Durán Porta A et al. Diverticulitis apendicular: revisión de 5 casos. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1989;75(6-11):680-3.
8. Phillips BJ, Perry CW. Appendiceal diverticulitis. *Mayo Clin Proc* 1999;74:890-2.