

Diverticulitis aguda purulenta en el ciego: reporte de caso

Acute purulent diverticulitis in the cecum: case report

Iván Ramos-Cruz*, Carlos Sanjuan-Sánchez, Selene Castillo, Paulina Leyva-Bohórquez y
Claudia F. Cruz-Lucas

Servicio de Coloproctología, Clínica Imagen y Diagnóstico Médico, Oaxaca de Juárez, Oaxaca, México

Resumen

Mujer de 40 de años con cuadro de dolor abdominal de 24 h de evolución clínicamente sugestiva de apendicitis aguda. Se realiza laparotomía de urgencia, encontrando plastrón en ciego y colon ascendente, irregular, pétreo, con cambios de coloración, de 5 cm de diámetro, fijo a la fascia de Toldt, con líquido purulento. Se decide realizar hemicolectomía derecha con ileotransverso anastomosis terminolateral, con adecuada evolución posquirúrgica. El reporte histopatológico mostró diverticulitis aguda purulenta de ciego, lo cual es de baja incidencia en la población mexicana, motivo por el que se realiza este reporte de caso.

Palabras clave: Abdomen agudo. Apendicitis. Divertículos. Ciego. Diverticulitis aguda purulenta.

Abstract

A 40-year-old female with a 24-hour course of abdominal pain suggestive of acute appendicitis. An emergency laparotomy was performed, finding plastron in the cecum and ascending colon, color changes, with purulent liquid and 5 cm in diameter, fixed to Toldt's. It was decided to perform a right hemicolectomy with an ileotransverse end-to-side anastomosis with adequate postsurgical evolution. The histopathological report showed acute purulent diverticulitis of the cecum, which is very low incidence in the Mexican population, that's why this case report is carried out.

Keywords: Acute Abdomen. Appendicitis. Diverticulitis. Cecum. Acute purulent diverticulitis.

Introducción

En pacientes con diverticulosis de colon sigmoideas se puede presentar diverticulitis aguda hasta en un 4%¹ en los menores de 50 años². La diverticulitis de colon derecho es poco común en los países occidentales y tiene una mayor incidencia en asiáticos. Fue descrita por primera vez en 1912 y aún no hay guías de manejo establecidas³. Los divertículos de colon derecho se asocian a patología congénita y por lo

general se presentan de forma solitaria, con un cuadro clínico similar al de la apendicitis⁴⁻⁶.

El objetivo es reportar un caso poco frecuente en nuestra población, con resultado exitoso, y realizar una revisión de literatura.

Caso clínico

Mujer de 40 años con abdomen agudo de 24 horas de evolución de inicio en el mesogastrio con migración a la fosa iliaca derecha, irritación peritoneal, náuseas,

*Correspondencia:

Iván Ramos-Cruz

E-mail: dr.ivanramoscruz@gmail.com

0009-7411/© 2021 Academia Mexicana de Cirugía. Publicado por Permayer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 28-10-2021

Fecha de aceptación: 17-11-2021

DOI: 10.24875/CIRU.21000794

Cir Cir. 2023;91(5):716-718

Contents available at PubMed

www.cirurgiaycirujanos.com



Figura 1. Corte histopatológico. Al microscopio, el corte de la lesión en el ciego muestra una invaginación de la mucosa que diseña la capa muscular propia; se encuentra revestida por intenso infiltrado linfocitario con polimorfonucleares, restos celulares y focalmente se identifican colonias bacterianas de tipo cocoide; el infiltrado inflamatorio se extiende a toda la pared e infiltra el tejido adiposo. En la mucosa del colon se identifican dos pólipos de tipo inflamatorio; la mucosa restante del ciego y del colon está revestida por criptas largas con mucoproducción variable, rodeadas por lámina propia en la que se observa un aumento importante en la cantidad de linfocitos que se acompañan de células plasmáticas y escasos eosinófilos.



Figura 3. Divertículo en el ciego. Al corte, la mucosa de íleon se observa de color café, amarillenta, con aspecto edematoso; la mucosa de colon muestra a nivel del ciego una lesión ulcerada, puntiforme, retráctil, de 1 cm de eje mayor; la mucosa que la rodea es de color rojo vino; al corte se identifica una invaginación de la mucosa que se extiende hasta la serosa, donde queda rodeada por material purulento; la luz se ocupa por materia fecal. La mucosa restante presenta dos formaciones polipoides de 0.3 cm, amarillas y blandas. El tejido adiposo adyacente presenta vasos congestivos; no se observa otra alteración.



Figura 2. Los cortes de íleon muestran una mucosa sin alteraciones.

vómito de contenido gástrico y fiebre de 38.5 °C. El ultrasonido abdominal reporta apéndice engrosado, con líquido libre periapendicular. En el laboratorio encontramos leucocitosis, linfocitopenia, neutrofilia y bandas 3%.

Se realiza abordaje medio infra- y supraumbilical, encontrando un plastrón en el ciego con cambios de

coloración de aproximadamente 5 cm de diámetro, fijo a la fascia de Toldt, con líquido purulento. Se realiza hemicolectomía derecha con ileotransverso anastomosis terminolateral, con adecuada evolución.

El reporte histopatológico refiere invaginación de la mucosa de la capa muscular propia (Fig. 1), la cual se encuentra con intenso infiltrado linfocitario y polimorfonucleares, restos celulares y localmente se identifican colonias bacterianas e infiltrado inflamatorio que se extiende a toda la pared e infiltra el tejido adiposo. Se identifican dos pólipos de tipo inflamatorio en el colon. La mucosa del apéndice cecal presenta hiperplasia de los folículos linfoides y bordes libres de lesión sin alteraciones histológicas de importancia (Fig. 2). Reporte:

- Diverticulitis aguda purulenta en el ciego (Fig. 3).
- Peritonitis purulenta.
- Pólipos inflamatorios (dos) en mucosa de colon.
- Hiperplasia folicular del apéndice cecal.

Discusión

El abdomen agudo tiene diferentes etiologías, pero la más frecuente es apendicitis aguda, y uno de los diagnósticos diferenciales más raros, por su



Figura 4. Pieza quirúrgica de 15 cm de longitud, constituida por el ciego, que mide 13 cm de longitud, con una superficie externa de color rojo vino, parcialmente cubierta por material purulento que se extiende al tejido adiposo. Se observa el apéndice cecal de 10 cm de longitud sin alteraciones, un segmento de íleon de 3 cm de longitud, el borde quirúrgico proximal de 1 cm de diámetro y el borde quirúrgico distal de 3 cm de diámetro. Al microscopio, los cortes de íleon muestran la mucosa sin alteraciones. La mucosa del apéndice cecal presenta hiperplasia de los folículos linfoides. Los bordes quirúrgicos están libres de lesión, sin alteraciones histológicas de importancia.

baja incidencia, es el que se presenta en este trabajo. La diverticulitis aguda purulenta de ciego es una afección rara, con manifestaciones clínicas de apendicitis aguda, por lo que se suele confundir con esta. En nuestra paciente, el ultrasonido reportó apéndice engrosado, el cual se observó normal durante la cirugía. El diagnóstico es un reto y la tomografía computarizada abdominal es el estudio de elección, pero en este caso no se realizó ya que se pensó en apendicitis aguda por criterios clínicos, reporte de ultrasonido y estudios de laboratorio alterados. Por este motivo, obtuvimos el diagnóstico transoperatorio y se confirmó con el reporte histopatológico (Fig. 4).

Conclusiones

La enfermedad diverticular de colon ascendente constituye el 1.5% de todos los divertículos. Su presentación clínica se puede confundir con una apendicitis, lo cual dificulta el diagnóstico clínico. Hasta ahora se desconocen su fisiopatología y el tratamiento de elección. Diversos estudios de casos recomiendan un tratamiento conservador, que no estará indicado en pacientes con presencia de abdomen agudo, lo cual no fue nuestro caso, ya que la paciente se presentó con un cuadro franco de abdomen agudo, el cual se resolvió quirúrgicamente sin complicaciones.

Financiamiento

Los autores declaran no contar con financiamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Shahedi K, Fuller G, Bolus R, Cohen E, Vu M, Shah R, et al. Long-term risk of acute diverticulitis among patients with incidental diverticulosis found during colonoscopy. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2013;11:1609-13.
2. Collins D, Winter DC. Modern concepts in diverticular disease. *J Clin Gastroenterol.* 2015;49:358-69.
3. Fortuny JV, Buchs NC, Morel P, Ris F. [Right-sided colonic diverticular disease: quo vadis?]. *Rev Med Suisse.* 2014;10:1325-30.
4. Lee KY, Lee J, Park YY, Kim Y, Oh ST. Difference in clinical features between right- and left-sided acute colonic diverticulitis. *Sci Rep.* 2020;10:3754.
5. Chiu TC, Chou YH, Tiu CM, Chiou HJ, Wang HK, Lai YC, et al. Right-sided colonic diverticulitis: clinical features, sonographic appearances, and management. *J Med Ultrasound.* 2017;25:33-9.
6. Sasaki Y, Komatsu F, Kashima N, Sato T, Takemoto I, Kijima S, et al. Clinical differentiation of acute appendicitis and right colonic diverticulitis: a case-control study. *World J Clin Cases.* 2019;7:1393-402.