

## *Divertículo cecal solitario*

### Complicación aguda

Dr. NISSO GATEÑO YAFFE \*

La enfermedad diverticular del colon es de relativa frecuencia y en su gran mayoría cursa asintomática o causando escasas molestias, por lo que entra en la esfera del tratamiento quirúrgico en un porcentaje que aunque difícil de estimar, es bajo. La indicación quirúrgica surge siempre de una o más complicaciones de esta enfermedad.

La incidencia, por lo antedicho difícil de estimar, es clásico ubicarla alrededor del 8 a 10 % de la población normal (12).

Dentro del colon su ubicación topográfica más frecuente es el segmento sigmoideo y la menos frecuente es la localización cecal. Dicha localización cecal es difícil de estimar en cifras porcentuales (3, 5, 16), fundamentalmente porque su hallazgo se realiza al manifestarse por una complicación, lo más frecuente la diverticulitis (con peridiverticulitis y/o perforación) o más raramente el sangrado manifestado por enterorragia o melena.

La primera descripción se atribuye a Paitier (13) aunque —a decir de Bogetti— Chutro había descrito un caso en 1911.

Desde entonces se han publicado casos aislados o pequeñas recopilaciones, debiéndose destacar los estudios de conjunto de Asch y col.(2), Brown y col.(6), Wagner y col.(16).

En nuestro medio se han ocupado específicamente del tema Fossatti (7) y Praderi (14).

Por las razones antedichas y fundamentalmente por los problemas de táctica quirúrgica a que se ve enfrentado el cirujano que trata esta afección, creímos de interés presentar el siguiente caso vivido por nosotros.

#### HISTORIA CLINICA

A. A. B. (H. C. Nº 293.220). Clínica Quirúrgica "B". Hospital de Clínicas.

Paciente de 43 años, sin antecedentes patológicos, que comenzó 48 horas antes de su ingreso con dolor abdominal cólico difuso, sin vómitos ni náuseas. El día previo al ingreso, el dolor es mayor en F.I.D., tiene irradiación al escroto y aparece distensión abdominal con conservación del tránsito de materias y gases. Chuchos de frío y sensación febril. Tránsito urinario normal.

*Examen:* Buen estado general. Lengua húmeda y saburral. Halitosis. T.A. 38°. T.R. 38°2.

*Abdomen:* Simétrico, doloroso en F.I.D. al movilizarse con la respiración. Globalmente depresible; doloroso a la compresión y decompresión en F.I.D.

*Tacto rectal:* Fondo de saco de Douglas doloroso. *Diagnóstico clínico:* Apendicitis aguda. Se decide operar inmediatamente.

*Operación:* (3-X-69).— Anestesia general. Incisión de McBurney-Gosset.

Escasa cantidad de líquido citrino, inodoro, libre en la cavidad peritoneal.

Apéndice retrocecal ascendente, con ciego alto y fijo que es necesario movilizar para poderlo exteriorizar.

Apéndice engrosado, edematoso, no impresiona como una apendicitis aguda.

Apendicectomía típica con encapuchonamiento del muñón.

---

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "B" Fac. Med. Montevideo. Prof. Dr. J. C. Pradines. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo, Uruguay.

Adjunto de Clínica Quirúrgica.

Por fuera de la base de implantación del apéndice, hay un tumor redondeado de 3 cms. de diámetro, que hace cuerpo con el ciego; su consistencia es firme. No se palpan adenopatías en el mesocolon, ni sobre el origen del pedículo mesentérico superior. Hígado normal a la palpación.

Se libera el tumor que tiene una amplia base de implantación en la cara anteroexterna del ciego y se le reseca incluyendo una banda circunferencial de 1 cm. de pared cecal.

La exploración táctil y visual de la superficie mucosa del ciego, hecha a través de la cecotomía, era normal.

En campo aparte se abrió longitudinalmente la pieza resecada comprobando que era un divertículo con su luz ocluida por materias fecales.

Cecostomía sobre sonda Pezzer decapitada aprovechando la brecha cecal.

Sonda exteriorizada por contra-abertura en F.I.D. Cierre por planos. Piel parcialmente cerrada.

**Evolución:** Flemón de pared que luego de drenado cura.

La sonda de cecostomía se retiró al noveno día y a los 15 días cicatrizó la contra-abertura.

El estudio contrastado de colon por enema baritado mostró un ciego normal y ausencia de divertículos en otros sectores colónicos.

**Anatomía patológica:** (Dr. Fontán).— Formación diverticular de unos 26 mms. de longitud, rodeada de tejido hemorrágico y sucio.

La sección longitudinal (Fig. 1) muestra la cavidad diverticular con materias fecales. La serosa que rodea la formación está infiltrada y con aspecto hemorrágico. En la boca del divertículo se reconoce mucosa intestinal.

**Histopatología:** Evaginación de la mucosa y submucosa de pared de intestino grueso, que atraviesa la túnica muscular y alcanza el tejido celuloadiposo perivisceral (Fig. 1).

El fondo de la evaginación aparece necrosado con supuración que se extiende al tejido celuloadiposo vecino y rodeado en profundidad por tejido de granulación postinflamatorio inespecífico (Fig. 2).

El resto de la pared intestinal no muestra alteraciones (Fig. 3).

En suma: Divertículo cecal con lesiones de diverticulitis aguda y perforación.

Apéndice: Macroscópica y microscópicamente normal.

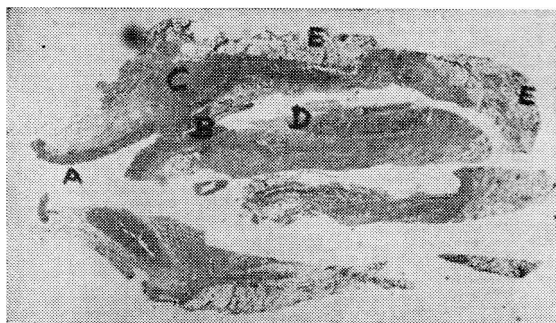


FIG. 1.— Corte longitudinal de la pieza. Vista panorámica. A: Mucosa intestinal normal. B: Boca del divertículo. C: Capa muscular. D: Luz diverticular conteniendo materias fecales y restos esfascelados. E: Tejido celuloadiposo vecino al divertículo.

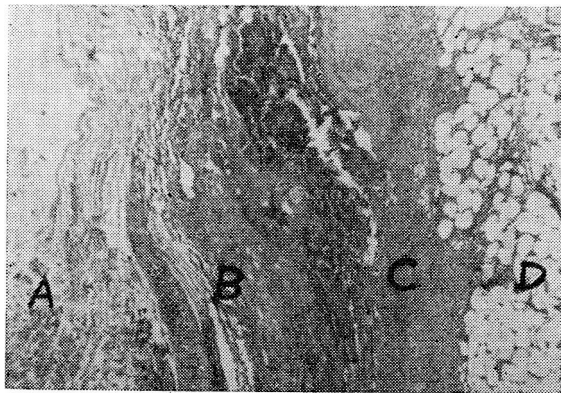


FIG. 2.— Enfoque a mayor aumento del fondo del divertículo. A: Materias fecales y restos esfascelados. B: Necrosis. C: Tejido de granulación con intensa infiltración leucocitaria. D: Tejido celuloadiposo vecino infiltrado.

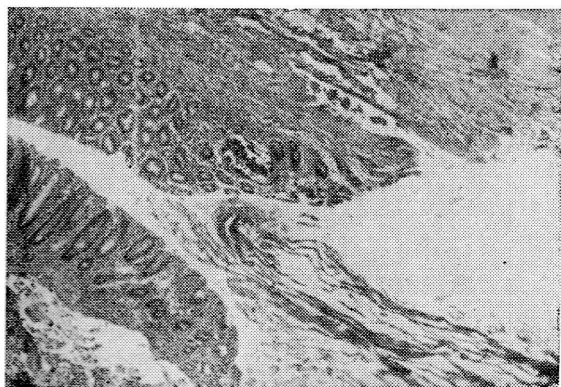


FIG. 3.— “Boca del divertículo” mostrando mucosa sana en el extremo izquierdo y luego necrosada y desaparecida. Infiltración pioleucocitaria de la submucosa. Materias fecales y restos necrosados en la luz.

## COMENTARIOS

La diverticulitis cecal aguda es una entidad clínica que se presenta con baja frecuencia (4, 15, 16) y su interés primordial radica en que:

1) Rara vez se hace diagnóstico preoperatorio ya que su forma de presentación clínica más habitual es la de la apendicitis aguda, por lo que la conducta deberá ser siempre intervencionista de urgencia (1, 5, 6, 10, 14, 15).

No obstante, existen situaciones en las que puede sospecharse la existencia de un divertículo cecal, ya sea cuando se le pueda visualizar radiológicamente (5, 15) o bien en pacientes apendicetomizados, con sufrimiento de F.I.D., eventual sangrado y en los que se ha podido descartar el neoplasma cecal (2), o bien pacientes con crisis dolorosas de duración inusual (16).

2) El diagnóstico preoperatorio no siempre es fácil, dado que a menudo puede ser confundido con el neoplasma cecal, ya que es frecuente el crecimiento seudotumoral (11), fun-

damentalmente en las localizaciones intramésentérica y posterior (14). También en aquellas localizaciones en las caras anterior y anteroexterna se puede llegar a formacionesseudotumorales debido a la importante reacción plástica, fundamentalmente epiploica, responsable de la baja frecuencia de perforación diverticular en peritoneo libre (15).

A nuestro juicio es este el problema fundamental, dado que el diagnóstico de neoplasma cecal conlleva una terapéutica quirúrgica más agresiva y por ende gravada de mayor morbimortalidad que aquella que se debiera efectuar de ser correcto el diagnóstico de diverticulitis cecal.

Según Wagner y Zollinger (16) en una serie de 318 casos se pudo hacer el diagnóstico peroperatorio correcto en 61.8 % mientras que en 31.4 % se sospechó el neoplasma cecal.

Según los mismos autores, en el 25 % de los casos se efectuó hemicolectomía derecha y sólo en cerca del 50 % se efectuaron operaciones menores.

La mortalidad operatoria para la hemicolectomía derecha, es el triple de la mortalidad para los procedimientos menores de tratamiento de la diverticulitis cecal (16).

Creemos que en la elocuencia de estas cifras está traducido el problema que queremos plantear.

En la exploración quirúrgica, el problema surge ante la comprobación de una masa cecal o ileocecolica coincidiendo con un apéndice sano o "ligeramente enfermo" que no explica el cuadro (10, 14).

La ubicación del divertículo cecal es la mayoría de las veces anterior (16). Pero puede asentar en la cara posterior y aún ser de crecimiento interno, entre las hojas del mesocolon (14, 16).

Los divertículos de ubicación posterior son los que presentan mayor problema de diagnóstico diferencial con el neoplasma (2, 14). Los de crecimiento interno presentan el mismo problema, pudiendo además producir obstrucción por compromiso de la válvula ileocecal, así como necrosis y/o hemorragia por compromiso de los vasos ileocólicos (14).

Es imperiosamente necesario llegar, por todos los medios disponibles, a un correcto diagnóstico peroperatorio que evite la realización tanto de procedimientos desmesurados por su magnitud para un proceso benigno, como reducidos para un proceso de naturaleza maligna.

La duda diagnóstica, en especial con el neoplasma, es lo que justifica la hemicolectomía derecha para la mayoría de los autores (6, 8, 14, 16).

No obstante, existen autores que creen preferible —ante la duda diagnóstica— biopsiar, drenar, y si fuera necesario efectuar la resección en un segundo tiempo (5, 15).

De los procedimientos diagnósticos peroperatorios, debemos destacar:

1) Hacer el decolamiento del ciego y colon ascendente para poder efectuar, cómodamente y con las dos manos, la palpación de la lesión por las dos caras del ciego determinando sus caracteres, topografía y extensión (14).

Ello permite además, reconocer la existencia de ganglios en el mesocolon, cosa que inclinaria a pensar en neoplasma (10).

2) Cuando la lesión es posterior, está aconsejada la maniobra de Leichtling que consiste en palpar deprimiendo la cara cecal anterior, sana, en búsqueda de la "boca del divertículo" (5, 14, 15).

3) Si se encuentran ganglios, efectuar biopsia extemporánea de los mismos (5, 16).

4) Si el divertículo está ubicado en la cara anterior o anteroexterna, rodearlo, diseccionarlo y resecarlo junto a una porción circunferencial de pared cecal. Nos permitirá comprobar la lesión (seccionarla longitudinalmente en campo aparte), hacer su biopsia extemporánea (5) y examinar la cara mucosa del ciego en su totalidad (14, 15) comprobando la indemnidad si es que se trata de un proceso benigno.

Muchas veces, como en nuestro caso, el examen macroscópico del corte longitudinal de la pieza, hecho en el campo operatorio, es soberano.

5) Ante la duda, no vacilar en efectuar una cecotomía exploradora (5), que podrá ser complementada por el examen con un proctoscopio estéril (9) y biopsia extemporánea (1).

Referente al tratamiento, no se debe perder de vista que se trata de una enfermedad benigna y que las resecciones extensas son sólo justificables ante el error diagnóstico (6, 8, 14, 16).

Serían indicaciones formales para efectuar la hemicolectomía derecha, aun con el diagnóstico correcto de proceso benigno, las siguientes:

a) Cuando, por el tipo de crecimiento y gran componente inflamatorio, no pueda ser factible la disección de los vasos ileocólicos (8, 14).

b) Adherencia íntima a la válvula ileocecal (14) o compromiso inflamatorio de la misma con síntomas de oclusión colóica (16).

c) Vascularización común del intestino y del divertículo [duplicación (14)].

No obstante, existen autores que aun frente a estas situaciones plantean la derivación interna (ileocolostomía) y drenaje (15).

Se prefieren los procedimientos terapéuticos locales sobre el divertículo, que van a variar de acuerdo a la topografía y tipo de complicación.

Dichos procedimientos podrán ir desde el simple drenaje de un absceso (4, 8, 16) hasta la resección del divertículo, seguida de sutura cecal en dos planos (7, 14, 16) o de cecostomía de seguridad sobre sonda como en nuestro caso.

Como procedimiento menor frente a un divertículo no complicado puede ser empleada la invaginación del mismo (4, 14). Y frente a la pequeña perforación puede ser lícito el cierre simple o asociado a epiploplastia (8).

La resección parcial de la lesión y/o su exteriorización es una mala solución y debe ser reservada sólo para los casos de necesidad (8).

Para concluir, diremos que existen autores (15) que indican el tratamiento médico cuando se puede descartar efectivamente la apendicitis (1), sobre todo cuando son a localización posterior y luego seguidos con control radiológico.

**RESUMEN**

Se presenta un caso de diverticulitis cecal solitaria, haciéndose especiales consideraciones sobre las maniobras semiológicas peroperatorias tendientes a llegar al diagnóstico de enfermedad benigna y adecuar el tratamiento a esta condición.

**RÉSUMÉ**

Présentation d'un cas de diverticulite caecale solitaire. Considérations, en particulier, sur les manoeuvres sémiologiques peropératoires dans le but d'établir le diagnostic de cette maladie bénigne et de déterminer le traitement en conséquence.

**SUMMARY**

Consideration of one case of isolated caecal diverticulitis includes discussion of peroperative semiological manoeuvres for the purpose of diagnosis and adequate treatment of this benign disease.

**BIBLIOGRAFIA**

1. ANSCOMBE, A. R., KEDDIE, N. C., SCHOFIELD, P. F. Solitary ulcers and diverticulitis of the cecum. *Brit. J. Surg.*, 54: 553, 1967.
2. ASCH, M. J., MARKOWITZ, A. M. Cecal diverticulitis. Report of 16 cases and review of the literature. *Surgery*, 65: 906, 1969.
3. BOCKUS.
4. BOGETTI, H. Diverticulitis solitaria del ciego. *Acad. Arg. de Cir.*, 25: 6, 1941.
5. BAHABOZORGUI, S., DE MUTH, W. E., BLAKE-MORE, W. S. Diverticulitis of the ascending colon. *Am. J. Surg.*, 115: 295, 1968.
6. BROWN, D. B., TOOMEY, W. F. Solitary diverticulum of the cecum and its complications. *Brit. J. Surg.*, 47: 493, 1960.
7. FOSSATTI, A. Diverticulitis solitaria del ciego. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 12: 298, 1941.
8. GUY, Ch. C., WARELIUS, C. Y. Complications of diverticulitis of the colon. Their surgical treatment. *Surg. Clin. N. A.*, 32: 91, 1952.
9. JENKINS, H. P. En discusión de (16).
10. KRON, S. D., SPECTER, J. Acute diverticulitis of the cecum. *Gastroenterology*, 15: 62, 1950.
11. NICHOLAS, E. En discusión de (16).
12. PEMBERTON, J. J., BLACK, B. M., MAINO, C. R. Progress in the surgical management of diverticulitis of the sigmoid colon. *Surg. Gyn. Obst.*, 85: 523, 1947.
13. POITIER, F. *Bull. Mem. Soc. Anat.*, 137: 29, 1912.
14. PRADERI, L. A. Diverticulitis solitaria del ciego. *Día Méd. Urug.*, 23: 807, 1955.
15. SCHAPIRA, A., LEICHTLING, J. J., WOLF, B. S., MARSHAK, R. H., JANOWITZ, H. D. Diverticulitis of the cecum and right colon. Clinical and radiographic features. Report of 18 cases. *Am. J. Digest. Dis.*, 3: 351, 1958.
16. WAGNER, D. E., ZOLLINGER, R. W. Diverticulitis of the cecum and ascending colon. *Arch. Surg.*, 83: 436, 1961.