

# Diverticulitis del Colon Ascendente

## Informe de 1 Caso

L. G. OSUNA, M.D., A. ARANGO, M.D., F. FONSECA, M.D.

**Palabras Claves:** Diverticulitis del colon ascendente, Abdomen agudo, Apendicitis aguda, Carcinoma del colon, Enema de bario, Perforación diverticular, Hemicolectomía derecha, Antibioticoterapia, Soporte nutricional.

*La diverticulitis del colon ascendente es una entidad poco común. Es frecuentemente indistinguible del cuadro clínico de la apendicitis aguda y comúnmente se confunde con el carcinoma del colon derecho, intraoperatoriamente. El propósito del informe del caso que se presenta es alertar al cirujano sobre esta forma infrecuente de presentación de la diverticulitis del colon.*

*Es importante el conocimiento de las complicaciones de esta entidad para su adecuado tratamiento que generalmente es quirúrgico, teniendo en cuenta que es un hallazgo intraoperatorio en la mayoría de los casos. Vale observar que si se logra efectuar el diagnóstico preoperatoriamente, el tratamiento deberá ser conservador con base en antibióticos y soporte hidroelectrolítico y nutricional.*

### INTRODUCCION

La primera descripción clara de divertículos del colon la hizo Cruveilhier en 1849, quien los describió como "tumores en forma de pera" formados por una hernia de la membrana mucosa a lo largo de segmentos de la cubierta muscular, y fue publicada en el Tratado de Anatomía Patológica General (8).

La diverticulitis del colon ascendente es una entidad rara, de ocurrencia poco común que puede plantear controversias en su diagnóstico y en su tratamiento; por tanto, es importante que el cirujano esté enterado de todos los aspectos que se relacionan con esta entidad y de sus variadas formas de presentación, para llegar a un diagnóstico e instaurar un tratamiento adecuado.

Cerca del 8% de los adultos normales presentan divertículos en el colon, demostrables por un enema de bario; 33% de la población mayor de 60 años, padece de diverticulosis. En 20 a 50% de las necropsias efectuadas en mayores de 50 años se observan divertículos. Rara vez se encuentran en menores de 35 años. La diverticulitis se desarrolla en 25 a 20% de los pacientes con diverticulosis entre los 30 y 79 años (3, 8). En el 65% de los pacientes, se localizan en el colon sigmoide; sin embargo, en casi el 95% de los casos, están involucrados otros segmentos del colon. No se desa-

rollan en el recto. Rara vez se observan divertículos pancolónicos. En el colon ascendente y en el ciego, es muy raro que se presenten divertículos; su incidencia varía, según Fischer y Farkas, entre 1.5 y 5% (1).

### INFORME DE UN CASO

Mujer de 46 años de edad, multipara con cuadro de dolor abdominal localizado en el cuadrante inferior derecho, de 36 horas de evolución, acompañado de náuseas y vómito alimenticio en una ocasión, dos deposiciones blandas y fiebre no cuantificada. Único antecedente de importancia, gastrostomía practicada para alimentación transgástrica por esofagitis causada por ingestión accidental de cáusticos hace 15 años.

Al examen físico, se encontró una paciente taquicárdica, normotensa, hidratada y afebril en el momento del examen. Acusaba dolor a la palpación abdominal en el cuadrante inferior derecho, acompañado de signos de irritación peritoneal: hipersensibilidad al rebote (signo de Blumberg), dolor a la flexión de la cadera derecha (signo del psoas) y disminución de los ruidos intestinales.

El cuadro hemático mostró leucocitosis, desviación a la izquierda del diferencial de leucocitos, y velocidad de sedimentación elevada; el parcial de orina se hallaba dentro de límites normales.

Con la impresión diagnóstica de apendicitis aguda se llevó a cirugía; se encontró un apéndice cecal normal y una diverticulitis "en plastrón" localizada a 5 cm. del ciego, con múltiples divertículos no inflamados a lo largo del colon ascendente únicamente; se practicó hemicolectomía derecha con ileotransversostomía término terminal. Se instauró tratamiento antibiótico el cual se inició desde el preoperatorio. La paciente evolucionó satisfactoriamente, dándosele de alta al quinto día postoperatorio, por mejoría.

### DISCUSION

El desarrollo de estos falsos divertículos, que constan de mucosa y submucosa se relaciona con el contenido de fibra en la dieta, la actividad motora del colon y la presión intraluminal que genera esta última (2).

Los síntomas más frecuentes cuando hay diverticulitis izquierda son: dolor en el cuadrante inferior del mismo lado del abdomen y estreñimiento. Se puede encontrar hipersensibilidad a la palpación profunda y al examen rectal. La diverticulitis puede acompañarse a menudo de náuseas y vó-

Doctores, Luis G. Osuna, Residente 3, Alberto Arango, Residente 1, Fernando Fonseca, Instructor, Dpto. de Cirugía de la Facultad de Medicina de la U. del Rosario, Hospital San José, Bogotá, Colombia.

mitos, que cuando se hacen persistentes y acompañados de distensión abdominal cursan con un cuadro de obstrucción mecánica del colon o del intestino delgado ocasionada por una masa inflamatoria (2, 3).

Cuando la diverticulitis se localiza en el colon ascendente, es frecuentemente indistinguible de un cuadro de apendicitis aguda y frecuentemente se confunde en la laparotomía, con el carcinoma del colon. Estos enfermos frecuentemente tendrán signos de peritonitis regional con dolor, hipersensibilidad y aun masa palpable; también tendrán temperatura elevada con leucocitosis. Clínicamente, en contraste con la apendicitis, los síntomas de la diverticulitis del colon derecho usualmente comienzan y permanecen localizados en el cuadrante inferior derecho del abdomen, sin nunca tener un origen epigástrico, y son de evolución más prolongada antes de que el paciente llegue a la consulta médica. En orden de frecuencia, la confusión diagnóstica se produce con las entidades descritas en la Tabla 1 (1, 4). Las radiografías simples del abdomen en pacientes con diverticulitis no ayudan a confirmar el diagnóstico. En ocasiones se hacen evidentes los signos de obstrucción intestinal. Un colon por enema baritado, muestra los divertículos, pero no confirma la diverticulitis; ésta podría diagnosticarse si un segmento de la luz del colon está ensanchado por una masa inflamatoria diverticular extrínseca; si el medio de contraste delimita la cavidad de un absceso; si pasa el medio de contraste al exterior de la luz del colon a través de un divertículo perforado. El examen con material de contraste dentro del colon, puede proporcionar el diagnóstico que con la sola exploración clínica resultaría impreciso. La sigmoidoscopia no sólo es poco útil sino que puede producir dolor intenso en pacientes con enfermedad aguda (2, 3).

Tabla 1. Diagnóstico preoperatorio (1).

Diagnóstico	%
Apendicitis aguda	60
Diverticulitis cecal	20
Carcinoma	5
Otros*	15

\* Hemorragia gastrointestinal, colecistitis aguda, masa inespecífica, diverticulitis de Meckel, vólvulos, peritonitis, obstrucción intestinal.

La diverticulitis complicada origina diversos estados patológicos; su tratamiento depende del tipo de complicación en cada caso (7).

Los pacientes en quienes se sospecha que la inflamación está localizada y bloqueada deben tratarse en forma conservadora con líquidos endovenosos y antibióticos. Con frecuencia en estos pacientes se produce la resolución de la diverti-

culitis, disminuyen la temperatura y el pulso, así como la hipersensibilidad abdominal durante las 24 horas después de iniciado el tratamiento médico conservador. A las seis u ocho semanas, debe practicarse un enema de control con bario.

Si no hay mejoría y persiste el cuadro séptico, se hace necesaria la intervención quirúrgica (2, 3, 5).

Hasta un 50% de los pacientes presentará recurrencia y reingresará al hospital luego del tratamiento conservador, por lo cual se recomienda la cirugía profiláctica oportuna subsecuente (2, 8).

En otras formas de diverticulitis, como en el caso de perforación, es obvia la necesidad de cirugía de urgencia. Existen diversos procedimientos quirúrgicos descritos. Entre ellos están el drenaje de un absceso, con o sin colostomía proximal; la colostomía derivativa proximal únicamente; la resección del segmento de colon afectado, con o sin colostomía. Consideramos que toda cirugía para diverticulitis debe incluir la resección, dejando la colostomía o la anastomosis término terminal a juicio del cirujano, dependiendo de las condiciones de cada caso en particular (7).

El tratamiento quirúrgico debe complementarse con un adecuado manejo hidroelectrolítico; se administrarán antibióticos específicos contra bacterias Gram (-) y especialmente anaerobios. Igualmente, no hay que olvidar el sostén nutricional del enfermo.

Específicamente en la diverticulitis del colon ascendente, dado que el diagnóstico se hace en la mayoría de los casos intraoperatoriamente, se debe practicar resección del segmento del colon comprometido y una anastomosis término terminal. Cuando el diagnóstico se logra efectuar preoperatoriamente, el tratamiento será conservador con antibióticos de amplio espectro y soporte hidroelectrolítico y nutricional, obteniendo remisión completa del cuadro en todos los casos, mientras no se hallen signos de perforación (1, 4, 7).

#### ABSTRACT

*Diverticulitis of the ascending colon is an unusual disease entity, frequently indistinguishable from acute appendicitis and often confused with carcinoma of the right colon at the time of operation. The purpose of the individual patient reported herein is to create awareness of this infrequent form of colonic diverticulitis. Knowledge of the complications of this entity is necessary for the successful surgical therapy, considering that it is often encountered as an operative finding. It must be stressed but that if the diagnosis is established before operation, one should embark on conservative management based on antibiotics and metabolic and nutritional support.*

#### BIBLIOGRAFIA

- Fischer, M., Farkas, A.: Diverticulitis of the Cecum and Ascending Colon. *Dis. Col. & Rect.* 27; 7: 454-458, 1984.
- Hackford, A., Veidenheimer, M.: Diverticulitis Disease of the Colon. *Surgical Clinics of North America.* 65; 2: 347-363, 1985.
- Wilson, S., Finegold, S., Williams, R.: Intra-abdominal infection. Traducción in Spanish by McGraw-Hill editors 97-107, 1987.
- Beraubam, S., Zausner, J., Lane, B.: Diverticular Disease of the Right Colon. *AJR*, 115: 334-348, 1972.
- Magness, L., Van Heerden, J., Judd, E.: Diverticular Disease of the Right Colon. *Surg. Gynecol. Obstet.* 140: 30-72, 1975.
- Ravo, B., Khan, A., Ger, R., Mishrick, A., Soroff, H.: Unusual Extraperitoneal Presentations of Diverticulitis. 80; 5: 346-351, 1985.
- Risholm, L.: Primary Resection and Perforating Diverticulitis of the Colon. *World J. Surg.* 6: 490-491, 1982.
- Schwartz, S., Ellis, H., Husser, W.: *Maingot's Abdominal Operations.* Appleton-Century-Crofts. Norwalk, Connecticut. 2: 1.291-1.313, 1985.