

Perforazione coperta di un diverticolo solitario del cieco: case report

A. BIANCO, L. D'AMBRA, P. BONFANTE, C. BIANCHI, P. MAGISTRELLI, S. BERTI,
D. GIANQUINTO, E. DEIDDA, E. FALCO

RIASSUNTO: Perforazione coperta di un diverticolo solitario del cieco: case report.

A. BIANCO, L. D'AMBRA, P. BONFANTE, C. BIANCHI, P. MAGISTRELLI, S. BERTI, D. GIANQUINTO, E. DEIDDA, E. FALCO

Il dolore in fossa iliaca destra non è mai di facile interpretazione clinica. La diagnosi, soprattutto nel paziente giovane, è orientata di solito verso una patologia appendicolare ma è poi l'esplorazione chirurgica a darne conferma diagnostica o, al contrario, a sorprendere il chirurgo, rivelando inaspettatamente un'altra patologia, che lo espone, in urgenza, al dilemma della scelta del più corretto trattamento terapeutico: conservativo o escissionale?

La localizzazione elettiva della diverticolite al colon destro è molto rara (6.6-14%).

Gli Autori riportano un caso di perforazione coperta di un diverticolo solitario del cieco.

SUMMARY: Covered perforation of cecal solitary diverticulum: case report.

A. BIANCO, L. D'AMBRA, P. BONFANTE, C. BIANCHI, P. MAGISTRELLI, S. BERTI, D. GIANQUINTO, E. DEIDDA, E. FALCO

Right lower acute abdominal pain is often clinically difficult to interpretate. The diagnosis, especially in young patient, is frequently oriented to an appendicular disease. Surgical exploration only confirms diagnosis or surprises the surgeon, pointing out an unexpected right colon diverticulitis. This emergency condition places surgeon in front of the dilemma about the best therapeutic choice: conservative or demolitive treatment?

The elective localization of diverticulitis to the right colon is very rare (6.6-14%).

The authors reported a case of covered perforation of cecal solitary diverticulum.

KEY WORDS: Perforazione ciecale - Diverticolo solitario del cieco - Chirurgia laparoscopica.
Cecal perforation - Cecal solitary diverticulum - Laparoscopic surgery.

Introduzione

Il dolore in fossa iliaca destra non è mai di facile interpretazione clinica. La diagnosi, soprattutto nel paziente giovane, è orientata di solito verso una patologia appendicolare ma è poi l'esplorazione chirurgica a darne conferma diagnostica o, al contrario, a sorprendere il chirurgo, rivelando inaspettatamente un'altra patologia, che lo espone, in urgenza, al dilemma della scelta del più corretto trattamento terapeutico: conservativo o escissionale?

La localizzazione elettiva della diverticolite al colon destro è molto rara (6.6-14%). I diverticoli possono essere diffusi o solitari del cieco, di natura anche congenita. La diagnosi preoperatoria è difficile anche per la giovane età dei pazienti e l'assenza di una anamnesi suggestiva. È l'esplorazione chirurgica che chiarisce ogni dubbio, considerando che il 70% dei pazienti affetti da diverticolite ha una diagnosi preoperatoria errata di appendicite. La laparoscopia riveste in tal senso un ruolo fondamentale fornendo la possibilità non solo di una corretta diagnosi ma anche di procedere contestualmente alla terapia adeguata. Quando la diagnosi di diverticolite non complicata è certa, è indicata una terapia conservativa. Non esiste, invece, consenso unanime su quale intervento sia da preferire in altre situazioni diagnostiche solo alla laparotomia in urgenza.

Gli Autori riportano un caso di perforazione coperta di un diverticolo solitario del cieco.

A.S.L. 5 "Spezzino", Ospedale "S. Andrea", La Spezia
II U.O. Chirurgia Generale
(Primario: Prof. E. Falco)

© Copyright 2007, CIC Edizioni Internazionali, Roma

Caso clinico

Paziente di sesso maschile, anni 40, giunto in Pronto Soccorso lamentando dolore addominale senza caratteri precisabili, alvo diarroico da alcuni giorni ed iperpiressia (39°C). Gli esami ematochimici rivelano una leucocitosi neutrofila. L'ecografia addominale non documenta elementi rilevanti eccetto che una splenomegalia.

Il paziente è ospedalizzato nel nostro Reparto dove è sottoposto a terapia infusionale reidratante e antibiotica a largo spettro. Le condizioni cliniche mostrano segni di miglioramento con riduzione della febbre; la canalizzazione intestinale è conservata ma il dolore si localizza più elettivamente in fossa iliaca destra in assenza di peritonismo. Tre giorni dopo il ricovero è richiesta TC addominale che mostra la presenza di formazione para-appendicolare come da raccolta ascessuale. Si decide per l'esplorazione laparoscopica, ipotizzando una patologia appendicolare flemmonosa. La sorpresa è la presenza di un'appendice "bianca", mentre si nota una formazione sul versante laterale del fondo ciecale. L'ipotesi iniziale è che possa trattarsi di patologia linfonodale in accordo anche con la presenza della splenomegalia. Se ne inizia la dissezione resa difficile dall'edema peritumorale e che comporta una soluzione di continuo della formazione con fuoriuscita di materiale francamente purulento. Lo svuotamento dell'ascesso mostra una sacca impegnata in una appendice epiploica e segnata dalla presenza al fondo di un collo che porta nel lume del cieco. Si procede alla preparazione del cieco e si dimostra l'origine della lesione da un diverticolo. Si esegue diverticolectomia con endo-GIA, resa possibile da un'adeguata "distanza di sicurezza" del tessuto flogistico dalla valvola ileo-ciecale.

Il paziente veniva dimesso guarito clinicamente in V giornata con ripresa della canalizzazione intestinale in III.

Discussione

La localizzazione di diverticoli nel colon destro è molto rara (6.6-14%) (1). I diverticoli possono essere multipli e diffusi o solitari del cieco e possono riconoscere un'origine congenita (1, 2). Possono manifestare la loro presenza per complicanze infiammatorie clinicamente rilevabili con un quadro comune ad ogni altra patologia causa di dolore addominale in fossa iliaca destra, dall'appendicite al carcinoma ulcerato del cieco. La diagnosi preoperatoria è dunque difficile per la giovane età dei pazienti e l'assenza di un'anamnesi indicativa. Le indagini strumentali (ecografia, TC) mostrano "aspecifiche" im-

magini di ispessimento parietale del cieco, formazioni paracoliche (streaky fat) e raccolte consensuali o a distanza di non univoca interpretazione (3, 4). È l'esplorazione chirurgica che chiarisce ogni dubbio, considerando che il 70% dei pazienti affetti da diverticolite ha una diagnosi preoperatoria errata di appendicite (5-7). L'accesso laparoscopico è da preferire per la possibilità di fare, con esso, una corretta diagnosi ma anche di procedere contestualmente alla terapia più adeguata (7-9). Quando la diagnosi preoperatoria/laparoscopica di diverticolite non complicata è certa, è indicata una terapia conservativa (digiuno ed antibioticoterapia), data la naturale evoluzione benigna della malattia. Komuta ed altri la ritengono appropriata anche nelle recidive, che variano dal 12.5% al 25% e non esporrebbero ad un rischio maggiore di complicanze (10). Non c'è spiegazione sul perché alcuni pazienti rispondano tempestivamente alla terapia medica ed altri invece si complicano precocemente; alcuni autori hanno correlato il rischio al ritardo con cui il paziente si rivolge al medico, poiché chi inizia una adeguata terapia entro due giorni dalla comparsa del dolore sembra avere un decorso più favorevole rispetto a quanti la iniziano dopo quattro giorni o più e che finiscono con l'aver un rischio più alto di complicazioni (1, 2, 6, 10, 11).

Non esiste, invece, consenso unanime su quale condotta adottare quando, in urgenza, rimanga incerta la diagnosi; in questi casi l'appendicectomia associata o meno alla diverticolectomia sembrerebbe da preferire alla emicolectomia destra o alla resezione segmentaria dell'ileo e del cieco in assenza di perforazione e flemmone ciecale anche se, comunque, prevale l'orientamento ad un atteggiamento più aggressivo piuttosto che di risparmio, anche in ragione della potenziale presenza di una neoplasia "mascherata" dall'infiammazione (5.8% dei casi), come riporta Poon (3, 5, 10, 12-16). Nella nostra unica esperienza abbiamo eseguito una diverticolectomia, considerato che la perforazione era stata coperta da una appendice epiploica e non c'erano segni di spandimento della raccolta in cavità peritoneale.

Bibliografia

1. Funicello A, Fares LG, Oza K, Valaulikar G, Ernitis M. Right-sided diverticulitis-surgical and non surgical treatment: two cases reports and review of the literature. *Am Surg* 2002; 68(8):740-2.
2. Komuta K, Yamanaka S, Okada K, et al. Toward therapeutics guidelines for patients with acute right colonic diverticulitis. *Am J Surg* 2004;187:233-37.
3. Poon RT, Chu KW. Inflammatory cecal masses in patients with appendicitis. *World J Surg* 1999;23:713-16.
4. Fang J-F, Chen R-J, Chen M-F, et al. Aggressive resection is indicated for cecal diverticulitis. *Am J S* 185 (2003) 135-40.
5. Golash V, Wilson PD. Early laparoscopy as a routine procedure in the management of acute abdominal pain. *Surg Endosc* 2005;19:882-885.
6. Yang H-R, H-H Huang, Y-C Wang, R-J Chen et al: Management of right colon diverticulitis: a 10-year experience. *W J Surgery* 2006;30:1929-1934.
7. Shyung L-R, S-C Lin, S-Y Chou et al: Decision making in right-sided diverticulitis. *W. J. Gastroenterology* 2003;9(3): 606-608.

8. al-Hilaly MA, Razzaq HA, el-Salfiti Ji, et al. Solitary caecal diverticulitis. Recognition and management. *Acta Chir Scand* 1989;155(9):475-8.
 9. Stagnitti F, Salvi PF, Schillaci F, Priore F, et al. Acute appendicitis or diverticulitis of the right colon? Diagnostic dilemma in emergency surgery. *G Chir* 2005;26(3):89-93.
 10. Rubio PA. Laparoscopic resection of a solitary cecal diverticulum. *J Laparoendosc Surg.* 1994;4(4):281-5.
 11. Fersti FJ, Obert R. Computed tomography (CT) of acute diverticulitis of the cecum and ascending colon. *Rofo* 2004;176(9):1257-64.
 12. Mosca F, Piazza D, Latteri F, et al. A rare case of acute abdomen: perforated acute diverticulitis of the cecum. *G Chir* 1997;18(8-9):421-5.
 13. Chedid AD, Domingues LA, Chedid MF, et al. Solitary diverticulum of the cecum: experience of a Brazilian general hospital. *Arq Gastroenterology* 2003;40(4):216-9.
 14. Basili G, Celona G, Lorenzetti L, Angrisano C, Goletti O, et al. Laparoscopic treatment of cecal diverticulitis. *Chir Ital* 2006;58(1):55-9.
 15. Bianchi A, Heredia A, Hidalgo LA, Sunol X, et al. Diverticular disease of the cecal appendix. *Chir Esp.* 2005;77(2):96-8.
 16. Shetgiri P, Angel L, Lebenthal A, Divino CM. Cecal diverticulitis: a case report and review of the current literature. *Int Surg* 2001;86(3):191-4.
-