



ENFERMEDAD DIVERTICULAR

Dr. Carlos Melo L.

Los divertículos corresponden a herniaciones saculares de la mucosa a través de la muscular propia del colon, habitualmente en individuos mayores de 40 años. Son más frecuentes en el colon sigmoideas, que corresponde a la zona que presenta mayor frecuencia de complicaciones. Su etiología no está determinada, pero se asocia al estilo de vida occidental, con una alimentación escasa en fibra, stress y trastornos del músculo liso del colon que llevan a un acortamiento de las tenias con la generación de una zona de hiper presión a nivel del sigmoideas, lo que favorece la herniación de la mucosa. Sus manifestaciones pueden ser de resolución electiva o de urgencia. Para la primera en su estudio se incluye:

Estudio preoperatorio específico:

Enema Baritado de doble contraste
Colonoscopia completa
TAC abdomino pélvico en sospecha de cuadro agudo o fistulización.

Especiales:

Cistoscopia si se sospecha fístula colo vesical
Cistografía (ídem)
Cintigrafía con glóbulos rojos marcados (sangrado digestivo no precisado)
Arteriografía selectiva de AMS, AMI y TC (ídem)

Indicaciones quirúrgicas electivas absolutas

- Fístula colo vesical o enteral
- Masa palpable
- Una crisis diverticular grave con síntomas persistentes o con deformidad anatómica del colon.
- Sospecha de neoplasia.

Indicaciones quirúrgicas electivas relativas

- Diverticulitis recurrente
- Diverticulitis en paciente menor de 50 años
- Antecedente de peritonitis de origen diverticular

Técnica quirúrgica

Sigmoidectomía con anastomosis colorrectal con sutura mecánica (límite inferior promontorio; superior colon izquierdo sin inflamación aunque existan divertículos)
Colectomía izquierda: casos seleccionados (hemorragia digestiva baja con



diagnóstico topográfico, evidencia de perforación o estenosis en colon proximal)

Drenaje: opcional

Resultados en 160 pacientes operados: mortalidad 0%; dehiscencia de anastomosis 1,4% (manejo médico), 3% ISO.

ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA (EDC)

La EDC es una de las 5 dolencias gastrointestinales con mayor impacto para el sistema sanitario, pasando de representar un 2,4 por cada 100.000 habitantes en 1986 a 3,8 en el año 2000.

Este incremento ha ido acompañado de ciertos cambios en el tratamiento, como puede ser su manejo ambulatorio, su resolución evitando un estoma o la relativamente nueva propuesta que significa el lavado peritoneal en peritonitis purulenta paralela al desarrollo de la laparoscopia como vía de abordaje, sin olvidar que el procedimiento de Hartmann sigue siendo una de las operaciones más empleadas.

Tratamiento ambulatorio:

La complicación más frecuente de la ED, es la diverticulitis aguda, que en la mayoría corresponde a Diverticulitis aguda leve o no complicada (75%, de los diagnósticos de Enfermedad diverticular sintomática).

La Diverticulitis aguda no complicada, se define como la inflamación limitada a la pared del colon o la grasa peri colónica ante la ausencia de perforación, absceso o fístula (Hinchey I), a lo que se agrega modificaciones posteriores, que incluyen pacientes con abscesos peri colónicos menores de 5 cm (Hinchey Ib)

El tratamiento médico de la diverticulitis aguda no complicada, considera el tratamiento ambulatorio, considerado como óptimo para pacientes seccionados, tanto por la mayoría de las guías clínicas internacionales como para los documentos de consenso internacional basados en la opinión de expertos, que han demostrado eficacia y seguridad, con un menor costo.

Candidatos a manejo ambulatorio:

- Ausencia de fiebre o criterios de sepsis
- Sin comorbilidades importantes (Diabetes mellitus, EPOC, IC o IR, inmunosupresión)
- Buena tolerancia oral



Servicio de Cirugía
Coloproctología
Hospital Clínico San Borja-Arriarán

Universidad de Chile
Facultad de Medicina
Dr. Carlos Melo L.



- Ausencias de alteraciones cognitivas o psiquiátricas.
- Adecuado apoyo social.



Manejo ambulatorio:

Una vez definido con estudio clínico e imagenológico, principalmente TAC de A/P, en ocasiones con Ultrasonografía.

Este puede ser únicamente ambulatorio en casos seleccionados o mixto, con inicio de terapia hospitalaria pero completada en forma ambulatoria. Esencialmente manejo antibiótico por un período no menor de 10 días, asociación de Amoxicilina- clavulánico vs Cefalosporina de 3era generación o Quinolonas más Metronidazol. Con al menos 24 horas de manejo endovenoso, idealmente hospitalaria.

Evidencia:

El tratamiento ambulatorio de la DA no complicada es el manejo óptimo para la mayoría de los paciente, ya que se ha demostrado seguro y eficaz pero con un menor costo(Nivel de evidencia 1b, grado de recomendación A).

Los pacientes candidatos a tratamiento ambulatorio deben cumplir unos criterios de selección como ausencia de datos de sepsis o comorbilidades importantes(DM, EPOC, IC, IR, Inmunosupresión), buena tolerancia oral y apoyo familiar(Nivel de evidencia 1b, grado de recomendación A)

Aunque se podría limitar el uso del tratamiento antibiótico en algunos casos de DA no complicada, no existe suficiente evidencia para abandonar su uso rutinario en el manejo ambulatorio de estos pacientes (Nivel de evidencia 3, grado de recomendación C).

Seguimiento:

Control clínico e imagenológico(TAC A/P, Ultrasonográfico para casos específicos.

Una vez superada la urgencia, se incorpora al manejo de ED de tratamiento electivo.

No hay una recomendación específica para el tratamiento ambulatorio en los casos de Diverticulitis aguda derecha, ya que parece que la indicación depende mas de la gravedad del episodio que la localización.

Manejo quirúrgico:(Incluye terapia antibiótica específica)

Operación de Hartmann/Anastomosis primaria



Servicio de Cirugía
Coloproctología
Hospital Clínico San Borja-Arriarán

Universidad de Chile
Facultad de Medicina
Dr. Carlos Melo L.



A pesar del gran avance tanto en técnica, como las vías de abordaje, la



Operación de Hartmann continúa hoy en día dentro del algoritmo terapéutico de la diverticulitis agudas complicadas y es el procedimiento más utilizado en cirugía de urgencia.

En casos de Hinchey III y IV, indicada la resección, existe gran controversia en cuanto a la realización de una anastomosis primaria o solo ostomía. Se deben considerar varios aspectos:

- Complicaciones peri-operatorias de diverso grado, asociados o no a la anastomosis(desde ISO hasta filtración anastomótica y sepsis grave).
- Proporción variable de reconstitución del tránsito colorrectal, que en las mejores cifras no superan el 60%.
- Factores de riesgo asociados a la reconstitución, como el tabaco, HTA, hipoalbuminemia, la clasificación ASA y la especialización del equipo quirúrgico.
- Protección con ostomía proximal en casos donde se opte por anastomosis primaria.
- Suma de la morbilidades de las cirugías(primer y segundo tiempo).

Evidencia:

La operación de Hartmann está indicada en la cirugía de urgencia de la EDC, siempre que exista inestabilidad hemodinámica, independiente del grado de peritonitis; en peritonitis generalizada fecaloideas(Hinchey IV) e incluso en peritonitis purulentas(Hinchey III) asociadas a factores de riesgo de falla anastomótica, como la inmunosupresión, desnutrición(Nivel de evidencia 1b, grado de recomendación A).

Lavado y drenaje laparoscópico:

Desde su descripción en 1996, con una serie de 8 pacientes, esta técnica ha ido reclutando adherentes, por sus buenos resultados en situaciones específicas. Las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva, en estos casos, aunque con escasa evidencia sólida.

Publicaciones recientes, señalan que frente a casos bien elegidos(fundamentalmente Hinchey III, exceptuando la visualización del sitio de perforación), presentan bajos nivel de conversión y complicaciones a lo que se suma un 38% que requirieron cirugía electiva y baja mortalidad.

Otro elemento, es la posibilidad que se puede representar "un procedimiento puente" con la intención de evitar una operación de Hartmann.

Evidencia: A pesar de existir varios estudio bien diseñados, controlados y



Servicio de Cirugía
Coloproctología
Hospital Clínico San Borja-Arriarán

Universidad de Chile
Facultad de Medicina
Dr. Carlos Melo L.



aleatorios, los resultados son controvertidos. Por ello, no se puede hacer actualmente una recomendación basada en la literatura científica.



Consideraciones sobre manejo laparoscópico:

Cirugía electiva:

Evidencia:

La resección sigmoidea laparoscópica electiva en casos no complicados de ED es segura y proporciona beneficios al paciente respecto al abordaje abierto convencional (Nivel de evidencia 1, grado de recomendación A).

En los casos complicados por presencia de fístulas o estenosis asociadas, la resección laparoscópica electiva también puede resultar apropiada en hospitales con suficiente experiencia en cirugía laparoscópica (Nivel de evidencia 3, grado de recomendación C)

Cirugía de urgencia:

Evidencia:

La resección sigmoidea laparoscópica urgente en casos de diverticulitis perforada con peritonitis generalizada es factible en manos experimentadas, pero no existe suficiente evidencia para recomendarla como abordaje de elección (Nivel de evidencia 3, grado de recomendación C).