

CAPITULO III-315 ANEXOS
Enfermedad diverticular del colon
Enciclopedia Cirugía Digestiva
F. Galindo y colab.

ANEXO 1

**ACTUALIZACIÓN DE ENFERMEDAD
DIVERTICULAR**

JUAN MANUEL ASTIZ *
Médico Consultor de Cirugía

MARIO BERAUDO *
Jefe Servicio de Cirugía

GUILLERMO TINGHITELLA *
Encargado de coloproctología

* Clínica Güemes, Lujan, Pcia. Buenos Aires

Desde la publicación del capítulo Enfermedad diverticular en el año 2007, se han afianzado algunos cambios que ya se insinuaban en el quinquenio anterior.

Es de destacar las tendencias en cuanto a incidencia, evolución, diagnóstico, tratamiento y resultados de ese tratamiento ⁽¹⁰⁾.

Incidencia

Se tiene la impresión que la incidencia de las complicaciones de la enfermedad diverticular ha aumen-

tado en el mundo occidental un poco por encima del aumento lógico de la enfermedad en una población con mayor porcentaje de personas mayores. Sin embargo no hay estudios que confirmen esta impresión.

Por otra parte también parece que el porcentaje de complicaciones graves ha disminuido, y ello es muy probable que sea así ante la mejoría en el tiempo y elección del tratamiento. Es opinión de los autores que la evolución de la enfermedad se beneficia desde las primeras horas, si se inicia el tratamiento en forma precoz, con el antibiótico o la combinación antibiótica correcta, administrada por la vía más efectiva.

Ha llamado la atención la aparición de la enfermedad con frecuen-

ASTIZ JM, BERAUDO M, TINGHITELLA G:
Actualización de enfermedad diverticular.
www.sacd.org.ar Enciclopedia Cirugía Digestiva
2012; Tomo III, cap.315 ANEXOS. Pag. 1-5

cia llamativa en adultos jóvenes excedidos de peso. Se ha encontrado un predominio del sexo masculino entre los pacientes menores de 50 años ⁽⁷⁾.

Evolución

Es motivo de discusión si la población joven presenta complicaciones más graves que la de enfermos de edad más avanzada y si tendría que haber en ellos una actitud más agresiva en el momento de decidir o no una actitud resectiva, luego de superado un episodio inflamatorio con tratamiento médico. Faria y colaboradores ⁽⁷⁾ basados en un estudio efectuado en una población significativa, recomendaron que el tratamiento debería estar basado en la severidad de la enfermedad y no en la edad del paciente. En su experiencia las complicaciones de la diverticulitis aguda fueron significativamente menos frecuentes en los pacientes jóvenes, sugiriendo que en estos enfermos la enfermedad no tiene un curso más agresivo. Según Stocchi ⁽¹⁴⁾ la enfermedad debe ser tratada en igual forma en los jóvenes y en los mayores, dependiendo de su severidad e inclinación a la recurrencia. Ritz y colaboradores ⁽¹²⁾ compararon dos grupos numerosos de pacientes menores y mayores de 40 años con diverticulitis aguda y demostraron que la enfermedad no es más agresiva en los jóvenes ni tiene mayor riesgo de perforación ni de necesidad de cirugía de urgencia.

Parece firmemente determinado que los episodios inflamatorios recurrentes no son más graves que los iniciales, por lo que se ha puesto en duda la necesidad de resear el colon

enfermo luego de 2 ataques de diverticulitis ⁽⁷⁾. La indicación quirúrgica debe tener un abordaje individualizado teniendo en cuenta no el número de ataques sino su frecuencia, severidad e impacto en la calidad de vida ⁽¹⁴⁾.

Los estudios sugieren en cambio, que la cirugía debería indicarse después de un ataque en los pacientes inmunosuprimidos ⁽¹⁴⁾. También se ha puesto en duda la necesidad de la resección luego del tratamiento transcutáneo de un absceso diverticular. No se ha encontrado en ellos una mayor tendencia a la recurrencia y la gravedad de la misma que los enfermos tratados con antibióticos por un episodio de diverticulitis aguda.

Diagnóstico

Se ha determinado que en el proceso diverticular agudo el método de elección es la tomografía computada y en segundo término la ecografía. La endoscopia y la radiografía contrastada mediante enema baritada están contraindicadas hasta que no ceda el proceso inflamatorio en 2 o 3 semanas.

La TC precoz, al comienzo de la enfermedad, colabora con el diagnóstico de la enfermedad, y la posterior informa sobre su evolución. Para Martín Arévalo y colaboradores ⁽⁹⁾, la estadificación clínica precoz de la diverticulitis con la TC evita errores de diagnóstico clínico en el 17,65% de los casos. La TC modifica la estadificación clínica de severidad en el 38%, evitando la cirugía innecesaria y el retraso en el tratamiento

quirúrgico. Esos autores proponen realizar la TC a todos los pacientes con sospecha clínica de diverticulitis aguda para confirmar el diagnóstico e identificar los casos leves susceptibles de tratamiento ambulatorio y aquellos pacientes con complicaciones precoces. Teniendo en cuenta la importancia del tratamiento antibiótico precoz en la diverticulitis, los autores de esta actualización suscriben esta indicación.

En las hemorragias digestivas bajas graves, en las que la enfermedad diverticular y las ectasias vasculares son las causas más importantes, la tomografía helicoidal multislice con contraste, tiene potenciales ventajas sobre el resto de los estudios diagnósticos. Aventaja a la arteriografía por ser menos cruenta y más sensible, ya que requiere menores volúmenes de pérdida para evidenciar el sangrado. Supera al centellograma ya que ubica el sitio de la extravasación. Incluye en el estudio el intestino delgado. Sus principales desventajas son su hasta ahora accesibilidad limitada y los costos. Para Latif ⁽⁸⁾ el procedimiento puede ocupar en el futuro un papel preponderante. De todos modos hay que recordar que si bien es más sensible que la arteriografía para el diagnóstico, es superada por ésta al momento de efectuar procedimientos hemostáticos ⁽⁸⁾.

Tratamiento

La gran mayoría de las diverticulitis agudas curan con tratamiento médico sin necesidad de intervenciones poco invasivas o quirúrgicas. El tratamiento antibiótico detendría el

proceso en la mayor parte de los casos. Los pacientes que no responden lo harán frecuentemente con tratamientos transcutáneos o laparoscópicos no resectivos y quedarán para la cirugía aproximadamente el 10% de los casos ⁽⁷⁾.

En los abscesos de tamaño menor de 4 cm el tratamiento antibiótico sin drenaje ha tenido buenos resultados sin indicación resectiva posterior. Esto ha llevado a cuestionar la indicación rutinaria de la cirugía luego del drenaje de los abscesos diverticulares ⁽¹⁴⁾. Ésa ha sido también nuestra experiencia.

Se ha propuesto el lavage laparoscópico que salva potencialmente al paciente de una operación mayor y de la creación de un ostoma ⁽¹¹⁾. Usado en las peritonitis sin perforación evidente puede ser una medida útil, pero es necesario definir más precisamente el grupo de pacientes en los que este abordaje es apropiado ^(2, 14).

En el último quinquenio ha quedado establecido que la operación de Hartmann es una solución de necesidad cada vez más infrecuente, especialmente en centros especializados.

Ya se citó en el capítulo de la Enciclopedia la observación de Pedro y colaboradores (cita 27 de la misma) en la que había una gran diferencia en la indicación de esa operación entre cirujanos generales y coloproctólogos. Recientemente de Korte y colaboradores ⁽⁴⁾ hallaron las mismas diferencias en Holanda. En efecto, para el Estadío 3 de Hinchey el 78% de los cirujanos consideran el mejor tratamiento la resección y anas-

tomosis primaria y 30 % de los cirujanos especializados en cirugía intestinal consideran el lavage laparoscópico como una opción razonable, opción estimada sólo por el 2 % de los cirujanos generales. Por otra parte para el Hinchey 4 el 46% de los especializados y el 72% de los cirujanos generales efectuarían siempre la operación de Hartman.

La operación de Hartmann no es sencilla de hacer y es dificultosa en su tiempo de restitución de la continuidad intestinal, con un porcentaje de complicaciones no despreciable y sobretodo con un porcentaje inaceptable de pacientes que quedan con la colostomía en forma permanente (1, 6, 14,). Para Beilman ⁽²⁾ la resección primaria y anastomosis inmediata puede ser más segura para la mayoría de los pacientes, con menos morbilidad que la operación de Hartmann. En la diverticulitis perforada según Biondo ⁽³⁾, la resección con anastomosis primaria es un procedimiento seguro que requiere experiencia y que debe indicarse teniendo en cuenta estrictos criterios de exclusión. En nuestro país Fantozzi ⁽⁶⁾ propone en el Hinchey 3 la resección con anastomosis primaria en pacientes seleccionados y afirma que la peritonitis por sí misma no parece un factor determinante.

Según Storchi en pacientes seleccionados es posible efectuar anastomosis colorrectal con ostomía proximal. Este abordaje parece preferible en pacientes con contaminación controlada y buen estado general. La ostomía proximal resulta un procedimiento efectivo.

El papel de la cirugía laparoscópica ha aumentado en este

último tiempo. Beilman ⁽²⁾ opina que el método es tan efectivo y seguro como la cirugía abierta. Cada vez son más los centros que consideran que el método es el "gold standard" de la resección colónica en la enfermedad que nos ocupa (5, Storchi). Para Biondi el tratamiento laparoscópico es apropiado pero puede ser técnicamente complejo. Salomón y colaboradores ⁽¹³⁾ consideran que el uso de cirugía laparoscópica en la enfermedad diverticular complicada no está contraindicada, que es técnicamente posible pero más compleja, que requiere un amplio entrenamiento, que insume mayor tiempo operatorio e internación más prolongada.

Otros, entre los que nos encontramos, creen que es un método que por ahora debe estar reservado para los centros especialmente desarrollados. La operación laparoscópica puede ser muy dificultosa especialmente si se emprende durante el episodio agudo.

Latif ⁽⁸⁾ y los comentaristas de su relato enfatizan la evolución del tratamiento endovascular en la hemorragia baja grave de origen diverticular. El avance en la calidad y grosor de los catéteres y de los elementos a embolizar han convertido a la infusión de vasopresores en un procedimiento histórico. La embolización actualmente superselectiva, siempre que se localice el extravasado, tiene un alto porcentaje de éxito hemostático y muy baja posibilidad de isquemia. Por otra parte su porcentaje de recurrencias en la enfermedad diverticular es bajo. De todos modos su indicación hasta ahora continúa limitándose a los

casos graves, en enfermos añosos o con enfermedades asociadas con un elevado riesgo quirúrgico,

Resultados

La mejoría en los resultados del tratamiento de la enfermedad diverticular es evidente y se ha acrecentado en el último período. Masoomi⁽¹⁰⁾ halló que entre 2002 y 2007 la mortalidad hospitalaria disminuyó

tanto en la cirugía electiva como en la urgente. En la primera de 0,53% a 0,44% ($P= 0,01$), y en la segunda de 4,5% a 2.5% ($P < 0,01$).

Parecen haber quedado atrás períodos en que el porcentaje de mortalidad para la cirugía de urgencia, tenía dos cifras.

Bibliografía

1. **ABBAS S.** Resection and primary anastomosis in acute complicated diverticulitis, a systematic review of the literature. *Int J Colorectal Dis.* 2007 Apr;22(4):351-7.
2. **BEILMAN G.** Controversies in the diagnosis and management of diverticulitis coli. *Surg Infect (Larchmt).* 2011;12:231-4
3. **BIONDO S, BORAO JL, MILLAN M,** y col. Current status of the treatment of acute colonic diverticulitis: a systematic review. *Colorectal Dis.* 2011 Aug 16.
4. **DE KORTE N, KLARENBECK BR, KUYVENHOVEN JP,** y col. Management of diverticulitis. Results of a survey among gastroenterologists and surgeons. *Colorectal Dis.* 2011 Aug 5.
5. **KHALED EZE, IVO B, LESZEK G.** Laparoscopic Sigmoidectomy for Diverticulitis: a Prospective Study. *JLS.* 2010; 14: 469–475.
6. **FANTOZZI M, PEDRO L** y col: Tratamiento quirúrgico de la peritonitis purulenta generalizada de origen diverticular. *Rev Argent Coloproct* 2008; 19: 79-88.
7. **FARIA GR, ALMEIDA AB, MOREIRA H,** y col. Acute diverticulitis in younger patients: Any rationale for a different approach? *World J Gastroenterol.* 2011 January 14; 17: 207–212.
8. **LATIF JA.** Hemorragia digestiva baja grave. *Rev Argent Coloproctol.* 2007;18:389-479
9. **MARTÍN ARÉVALO J, GARCÍA-GRANERO E, GARCÍA BOTELLO S,** y col. El uso precoz de la tomografía computarizada en el manejo de la diverticulitis aguda. *Rev. esp. enferm. dg.* v.99 . jun. 2007
10. **MASOOMI H, BUCHBERG BS, MAGNO C, MILLS SD, STAMOS MJ.** Trends in diverticulitis management in the United States from 2002 to 2007. *Arch Surg.* 2011;146:400-6
11. **MYERS E, HURLEY M, O'SULLIVAN GC, KAVANAGH D, WILSON I, WINTER DC.** Laparoscopic peritoneal lavage for generalized peritonitis due to perforated diverticulitis. *Br J Surg.* 2008 Jan;95:97-101.
12. **RITZ JP, LEHMANN KS, STROUX A, BUHR HJ, HOLMER C.** Sigmoid diverticulitis in young patients--a more aggressive disease than in older patients? *J Gastrointest Surg.* 2011 Apr;15:667-74
13. **SALOMÓN M, BUGALLO F** y col: Tratamiento de la diverticulitis no complicada y complicada en la cirugía colorrectal laparoscópica. Índice de conversión y resultados posoperatorios. *Rev. Argent. Cirug.,* 2010; 98: 61-70.
14. **STOCCHI L.** Current indications and role of surgery in the management of sigmoid diverticulitis. *World J Gastroenterol.* 2010 February 21; 16(7): 804–817.