

Nuevos paradigmas en el manejo de la enfermedad diverticular del colon complicada

Dr. Gilberto López Betancourt, FACS

Antecedentes

El manejo de la enfermedad diverticular complicada del colon ha sufrido varios cambios trascendentales durante las pasadas décadas. Existió un concepto universal de que toda diverticulitis complicada del colon debería ser sometida a resección del segmento colónico afectado habitualmente sigmoides y en ocasiones el colon descendente, acompañado siempre por una colostomía, esto último produciendo deterioro físico y psicológico del paciente y su familia.

Es indudable que durante los últimos años los avances médicos tanto desde el punto de vista diagnóstico así como advenimiento de mejores antibióticos y la mejoría en el entendimiento de la historia natural de la enfermedad y mejor cuidado crítico de estos pacientes han hecho que muchos cirujanos inmersos en el manejo de esta enfermedad, con más frecuencia tiendan a utilizar el manejo médico que permite una programación posterior de cirugía en forma electiva que conlleva a disminuir los índices de morbilidad y mortalidad tan alto como el 15%.

Debemos recordar que en tiempos pasados el manejo de esta enfermedad se hacia en tres tiempos y que a través de investigar resultados, se modificó hacerlo en dos tiempos: resección del segmento afectado y colostomía y posteriormente cierre de la colostomía.

Las tendencias actuales han variado y aunque no hay aceptación universal el manejo es de cirugía en un solo tiempo con resección y anastomosis y cuando las circunstancias no son favorables, se protege con una ileostomía. Otra innovación es practicar laparoscopia, con lavado exhaustivo de la cavidad abdominal, identificar si es posible el área de perforación y poner puntos simples de sutura y cubrir el área con un segmento de epiplón, dejando drenada toda la cavidad abdominal y poner al paciente en programa de hiperalimentación con lo que algunos grupos han tenido buen resultado permitiendo que el paciente entre en cirugía electiva posteriormente.

Todo lo anterior definitivamente marca un avance favorable para el manejo de los pacientes con enfermedad diverticular de colon complicada. Debe tomarse en cuenta la evaluación personal de cada paciente que

obliga en ocasiones a decidir sobre otros tratamientos dadas las comorbilidades que puedan tener.

La enfermedad diverticular del colon tiene presencia universal, por lo que en las reuniones o congresos médicos siempre existen presentaciones diversas, cursos, simposium sobre el manejo de esta entidad. Sabemos también que existen razas que son más afectadas lo cual todos conocemos. En los países occidentalizados, predomina en el lado izquierdo y en África y Asia es mayor en el lado derecho.

La prevalencia de acuerdo a diferentes reportes es de 5% a los 40 años, de 30% a los 60% años y 65% a los 85 años. Esta enfermedad es menos común en personas vegetarianas. La dieta baja en fibra es el factor más importante que predisponen a la presencia de divertículos. El alcohol, cigarro y café son factores que aumentan el riesgo de desarrollar enfermedad diverticular. Alto ingreso de grasa, carne roja y poca fibra en la dieta son factores que incrementan el riesgo de tener esta enfermedad. Diverticulitis aguda está asociada a obesidad en hombres de 40 años o menos. Los divertículos están limitados al sigmoides y en 65%; en 24% se encuentran en otras áreas además del sigmoides y en 7% se encuentran en todo el colon.

La mayoría de los pacientes con enfermedad diverticular presentan: engrosamiento de la capa muscular circular, acortamiento de la tenia y estrechamiento de la luz.

Diagnóstico

Ante la presencia de síntomas abdominales predominantemente dolor espasmódico, meteorismo, flatulencia, cambios en el hábito intestinal debe de pensarse en la posibilidad de enfermedad diverticular de colon, problema infecto-parasitario o neoplasia. Si es dolor abdominal de intensidad moderada o severa deberá tomarse en cuenta la posibilidad de inflamación o perforación de colon. En general la anamnesis y la exploración física serán los datos fundamentales para orientar al diagnóstico y serán los exámenes de laboratorio básicos, panel coprológico, radiografía simple de abdomen, estudio de colon por enema en casos que no sugieran

AMCG-CMECP-ACS-ASCRS

Profesor adjunto de Postgrado de Cirugía General. Hospital San José Tec de Monterrey. Presidente del Colegio Mexicano de Especialistas en Coloproctología. Ex-Gobernador del ACS - Capítulo Noreste
E-mail: drgilobe@prodigy.net.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medicgraphic.com/cirujanogeneral>

abdomen agudo, colonoscopia, ultrasonido abdominal y tomografía simple o con contraste, serán los elementos que ayudarán a establecer el diagnóstico. En los casos agudos serán los exámenes de laboratorio, la radiografía simple de abdomen y la tomografía (TAC) principalmente.

Formas de presentación

La imagen habitual de las complicaciones son: inflamación, perforación absceso, peritonitis, fistula, obstrucción y hemorragia.

Clasificación

Existen diversas clasificaciones, las que más se utilizan son las Hinchey y la de killingback. Es importante que él o los grupos quirúrgicos se familiaricen con alguna clasificación, ya que ello dependerá el protocolo de manejo de dichos pacientes. Aquí en nuestro país la que tiene mayor aceptación es la de Hinchey, ya sea básica o modificada:

- I. Diverticulitis sin o con peritonitis local
- II. Diverticulitis con absceso peritoneal pequeño
- III. Diverticulitis con peritonitis local
 - a) Purulenta
 - b) Fecal
- IV. Diverticulitis con peritonitis difusa
 - a) Purulenta
 - b) Fecal

Tratamiento

La diverticulitis clasificada como Hinchey I su manejo es estrictamente médico y si no hay contraindicación puede manejarse como paciente externo, con antibióticos para gram positivos y negativos, reduciendo la cantidad de su dieta.

La diverticulitis Hinchey II deberá manejarse hospitalizado con soluciones IV, antibióticos de amplio espectro tanto para gram positivos y gram negativo. De acuerdo a los estudios de gabinete que identifiquen las características de la colección pélvica, podrá drenarse por punción guiada por ultrasonido o TAC. En la mayor parte de los casos esto es factible, excepto que la colección esté en un lugar no muy accesible y que pudiera tener riesgo mayor de producir una complicación más severa. Generalmente se consigue la involución del proceso infeccioso, lo cual permite previa evaluación clínica y de estudios de gabinete que el paciente sea programado para cirugía electiva de resección de colon en semanas posteriores.

La diverticulitis Hinchey III en forma tradicional se ha manejado con cirugía de urgencia previa estabilización de condición general del paciente la cual deberá ser rápida y llevar al paciente a cirugía que deberá ser de tipo resectiva instalado una colostomía y bolsa de Hartmann. El cierre de la colostomía deberá hacerse en tres a cinco meses después.

En este aspecto existen nuevos paradigmas que rompen los protocolos tradicionales:

1. Existe tendencia a manejar estos pacientes con laparoscopia diagnóstica, lavado exhaustivo de la

cavidad abdominal con solución fisiológica y antibióticos, identificar el área de la perforación, dar puntos de sutura en dicha área y luego cubrirla con epiplón, dejando con amplios drenajes toda la cavidad abdominal instalando apoyo nutricio. Con esto, existen reportes de diferentes centros universitarios que han tenido buenos resultados y les permitieron semanas después hacer cirugía electiva radical en un solo tiempo evitando una colostomía. Esto deberá hacerse en casos seleccionados.

2. El otro aspecto que también se ha publicado en múltiples revistas relacionadas a colon y recto es de que estos casos se operan de urgencia, se hace la resección del sigmoides afectado y se practica anastomosis primaria previo lavado de la cavidad abdominal, dejando drenajes y si existe alguna inquietud respecto a los tejidos pélvicos o a la anastomosis, se protege con una ileostomía. Esto fundamentado en múltiples reportes de que la morbi-mortalidad de este procedimiento es menor que cuando se hace una operación de Hartmann y se hace la reconstrucción del aparato digestivo distal. Al mismo tiempo existen publicaciones resistentes en que la preparación mecánica del colon no es indispensable, lo cual siempre nos dejará cierta inquietud al estar trabajando con un colon no preparado.

En diverticulitis Hinchey IV, el manejo es similar al Hinchey III en cuanto a evaluar la condición general del paciente que habitualmente es de sepsis, iniciar manejo agresivo y tan luego como esté en mejores condiciones pasarlo a quirófano y efectuar el lavado exhaustivo de la cavidad abdominal con solución fisiológica y antibióticos, resecar el segmento colónico afectado y lo habitual es instalar una colostomía con bolsa de Hartmann.

En este aspecto los escandinavos tienen publicaciones de haber manejado estos pacientes con anastomosis primaria e ileostomía con el fundamento anteriormente expuesto para el Hinchey III de que instalar y cerrar una operación de Hartmann tiene mayor morbi-mortalidad que una anastomosis primaria, ya sea o no protegida con una ileostomía. En este aspecto son contadas las publicaciones americanas o sudamericanas que practican anastomosis primarias en Hinchey IV.

Durante los últimos 15 años la cirugía de mínima invasión, llegó a la coloproctología y en la medida que hubo más cirujanos con esta preparación, estos procedimientos cada vez son más frecuentes con todas las ventajas ya conocidas. Sin embargo, para tratar pacientes de esta forma es importante la experiencia como se menciona en los centros de entrenamiento de esta especialidad ya que, uno de los aspectos que se esgrimen es lo prolongado del procedimiento y de que habitualmente acontece en pacientes de tercera edad con una o varias comorbilidades, lo cual aumenta el riesgo de la cirugía. Pero de una forma u otra el número de cirujanos entrenados en esta modalidad quirúrgica cada vez es mayor y seguramente en un tiempo cercano éste deberá ser el procedimiento ideal.

Otro aspecto importante que nos llama la atención es que algunos reportes muestran que en el tratamiento conservador de la diverticulitis aguda no complicada es exitoso en 70 al 100% de los pacientes y un tercio de ellos tendrán nuevos ataques. No hay consenso claro respecto a que la diverticulitis aguda en pacientes menores de 50 años tengan mayor riesgo de complicaciones o de crisis recurrentes después de un episodio de diverticulitis, pero dado que el paciente joven tiene posibilidad de vivir más años la posibilidad de ataques recurrentes será mayor y posiblemente la enfermedad más virulenta.

En relación a lo anterior, una contribución original del profesor Rocco Ricciardi, y colaboradores de la clínica Lahey de Burlington Massachusetts publicada en *Dis Colon Rectum* 2009; 52:1558-1563, en un estudio conjunto con la Universidad de Toronto estudiaron cerca de 700,000 casos de diverticulitis de mil hospitales en Estados Unidos y Canadá de 1991 a 2005 y encontraron que todos recibieron tratamiento médico y muchos de ellos posteriormente no requirieron cirugía resectiva y que aquellos que regresaron por enfermedad diverticular complicada fueron en menor número de lo que se pudiera esperar a pesar de que hubo perforaciones libres y abscesos, pero ellos sustentan que el ofrecimiento de cirugía a todos los pacientes que ingresan con diverticulitis debe ser una indicación muy racional, ya que al parecer estos resultados se contraponen con la idea original de que las diverticulitis Hinchey II o Hinchey I deban de ser llevadas a cirugía.

La Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto desde 1995 conjunta a profesores y jefes de unidades de coloproctología universitarias para que analicen y establezcan los protocolos para el manejo de la enfermedad diverticular complicada, la cual se publica en la revista de ellos. Así en 2000 y 2006 se emitieron los protocolos de manejo que han ido cambiando como se expresó en

páginas anteriores y que seguramente el próximo año harán comentarios amplios sobre las innovaciones que ya se mencionaron.

En el mismo sentido el Colegio Americano de Cirujanos en su Congreso Anual siempre destina cursos transcongresos y seminarios o mesas de discusión a la enfermedad diverticular del colon, lo cual demuestra la importancia y trascendencia que implica el manejo correcto de esta entidad.

Referencias

1. Simos J et al. The place of elective surgery following acute diverticulitis in young patients: When is surgery indicated? An analysis of the literature. *Dis Colon Rectum* 2009; 52:108-1016.
2. Roberts P et al. Practice parameters for sigmoid diverticulitis. The Standards task force American Society of Colon and rectal Surgeons. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 125-132.
3. Zorcolo L et al. Safety of primary anastomosis in emergency Colo-rectal surgery. *Dis Colon Rectum* 2003; 5: 262-269.
4. Salem L et al. Primary anastomosis of Hartmann's procedure for patients with diverticular peritonitis? A systematic Review. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 1953-1964.
5. Practice parameters for the treatment of sigmoid diverticulitis-supportin documentation. Standards task force the American Society of Colon and Rectal Surgeons. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 290-297.
6. Scheidbach H et al. Laparoscopic approach to treatment of sigmoid diverticulitis: Changes in the spectrum of indications and results of a prospective, multicenter study on 1,545 patients. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 1883-1888.
7. Ricciardi R et al. Is the decline in the surgical treatment for diverticulitis associated with an increase in complicated diverticulitis? *Dis Colon Rectum* 2009; 52; 1558-1563.
8. White SI et al. A ten-year audit of perforated sigmoid diverticulitis: Higlighting the outcomes of laparoscopic lavage. *Dis Colon Rectum* 2010; 53: 1537-1541.
9. Eglinton T et al. Patterns of recurrence in patients with acute diverticulitis. *Br J Surg* 2010; 97: 952-957.