



Indicaciones de la colectomía luego del drenaje percutáneo en casos Hinchey II

Xavier Delgadillo,*
Philippe Wuthrich,*
Pascal Gervaz**

* Clinique Montbrillant, La Chaux-de-Fonds, Suiza.

** Hôpitaux Universitaires de Genève, Suiza.

Dirección para correspondencia:
Clinique Montbrillant
Rue de la Montagne 1
2300 La Chaux de Fonds
E-mail: delgacho@yahoo.com

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

Resumen

Muchos son los parámetros controvertidos en el manejo de la diverticulitis complicada. Los resultados de la radiología intervencionista y la evolución de los pacientes clasificados según Hinchey grado II implican varios parámetros en relación a la decisión y a la manera de aplicar la decisión quirúrgica. El método quirúrgico a utilizar tiene un rol secundario. El presente estudio metaanalítico refleja la posición europea contemporánea en relación con el fallo terapéutico.

Palabras clave: Diverticulitis, clasificación de Hinchey, CT-Scan abdominal, colectomía.

Abstract

Many are the controversial parameters in the management of complicated diverticulitis. The results of the interventional radiology and the patient's evolution classified according to Hinchey grade II involve several parameters in relation to the decision and the way to apply the surgical decision. The surgical method to be used has a secondary role. The present meta-analytic study reflects the contemporary European position in relation with the therapeutic failure.

Key words: Diverticulitis, Hinchey classification, abdominal CT-Scan, colectomy.

INTRODUCCIÓN

La diverticulosis es una entidad frecuente cuya incidencia aumenta con la edad, desde < 10% en personas menores de 40 años hasta un 60% en pacientes mayores de 80 años.^{1,2} Aproximadamente el 20% de los pacientes con diverticulosis presentarán sintomatología aguda y en cerca del 31% de todos aquéllos, un tratamiento urgente será absolutamente necesario.^{3,4}

La tomografía axial computada (CT-Scan) es de mucha utilidad en la valoración de pacientes con diverticulitis aguda (Figura 1).

La diverticulitis aguda es una patología de la pared cólica y de los tejidos pericólicos más que un proceso intraluminal, nociones en las cuales el CT-Scan tiene una elevada estadística en el grado de sensibilidad (97% para la diverticulitis aguda).

La especificidad atribuida a la enfermedad diverticular se aproxima actualmente al 100%. Cabe recalcar que ciertos autores mencionan hasta 21% de falsos positivos.^{2,5} La literatura concuerda que el CT-Scan es de mucha utilidad en la detección temprana de

las complicaciones de la diverticulitis aguda grado II, según Hinchey, y sobre todo en la evolución de la lesión abscedada.

En caso de mala o poca respuesta al drenaje percutáneo guiado por imágenes de CT-Scan, este examen nos sirve también para predecir la posible evolución desfavorable bajo un tratamiento médico conservador, con lo que se pueden evitar retardos innecesarios para la cirugía.⁵

Lledó y colaboradores concuerdan con nuestros trabajos en relación a que el CT-Scan es de mucha utilidad en la radiología intervencionista y en la implicación del proceso y evolución del drenaje, la estadificación preoperatoria y la posibilidad de realizar una resección del segmento enfermo seguido de anastomosis inmediata en un solo tiempo quirúrgico. Procedimiento que en la actualidad reduce el número de intervenciones de Hartmann, lo que con anterioridad obligaba a una cirugía en dos tiempos.^{2,18,19}

Por otra parte, el CT-Scan es de mucha utilidad en la identificación de aquellos pacientes que puedan responder de buena manera al tratamiento médico

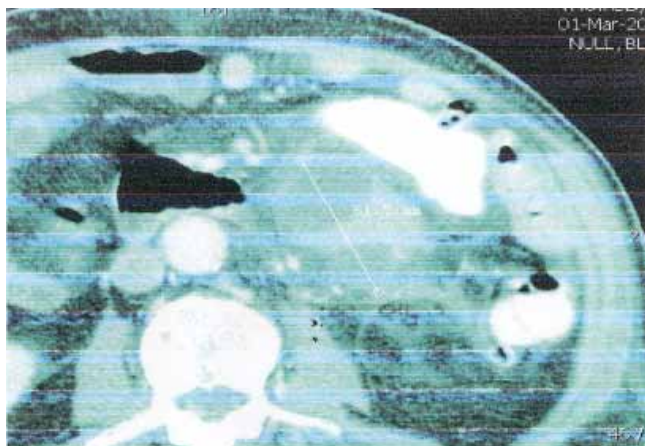


Figura 1. Diverticulitis aguda abscedada grado Hinchey II (fotografía del Dr. P. Gervaz).

conservador, y así convertirse en pacientes seguidos en policlínica y de manera externa. Ambas medidas conllevan disminución de la estadia y costo intrahospitalario.⁶

En el manejo de pacientes con diverticulitis complicada con absceso(s), el drenaje del(os) mismo(s), mediante la radiología intervencionista guiada por CT-Scan, es considerado como el primer paso en el manejo de los pacientes que presentan una diverticulitis perforada, grado II, según la clasificación más aplicada, como es la de Hinchey.⁷

El segundo objetivo de la presente descripción es obtener el control de la situación séptica de manera conservadora, realizar un seguimiento adecuado del paciente y poder practicar en un segundo tiempo, no infeccioso, una sigmoidectomía laparoscópica con anastomosis primaria y sin protección.

En la literatura internacional, muchas publicaciones tratan de demostrar la facilidad y la eficacia de la presente modalidad sin un verdadero consenso.^{2,18,19}

Nosotros evaluamos la relación entre el efecto de la antibioticoterapia, los resultados proporcionados según la especificidad del CT-Scan y sobre todo la manera de realizar la selección de los pacientes susceptibles del drenaje percutáneo, donde la complicación séptica es el punto principal.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico clínico de la diverticulitis aguda está basado en la anamnesis, el examen físico, los análisis de laboratorio de rutina y el CT-Scan abdominal.

Ya establecido el diagnóstico, se aplica la clasificación de Hinchey (*Cuadro I*) en caso de «diverticulitis

complicada» con signos de peritonitis local: todos los pacientes que reúnen estos requisitos, y que se encuentren clasificados dentro del grado II de Hinchey, reciben un tratamiento médico conservador, que consiste en régimen dietético de protección sigmoidea, tratamiento antibiótico endovenoso (metronidazol 500 mg/8 h/i.v. y amoxicilina-ácido clavulánico 1.2 g/3 veces/24 h/i.v.) durante 10 días y sobre todo valoración quirúrgica cotidiana por un cirujano con más de 10 años de experiencia.

Los actuales protocolos en la realización de un CT-Scan abdominal incluyen: cortes radiológicos de > 0.5 cm hasta < 1.0 cm centrados en aquellas áreas de interés particular como un absceso o flegmón. Se utiliza contraste endovenoso de 1 cm³/kg.

La cirugía está generalmente indicada en aquellos pacientes con estadio radiológico IIb complicado o **refractario** a los antibióticos intravenosos por el lapso de < 48 horas, en aquellas diverticulitis que no son candidatas a **redrenaje** por radiología intervencionista por no tener acceso «seguro» o por tratarse de un absceso multilobulado.

También se encuentran incluidos pacientes en los cuales la **peritonitis** evolucione de manera difusa y con poca o ninguna respuesta al tratamiento conservador inicial.

Nuestra experiencia nos permite indicar lo siguiente como parámetros de fallo de la terapia conservadora y que debe procederse a la cirugía:

1. Selección del paciente adecuado para el tratamiento conservador.
2. Administración de una antibioticoterapia adecuada.
3. Realización de un CT-Scan del abdomen y clasificación del paciente como afecto de diverticulitis complicada grado II de Hinchey.
4. Persistencia del estado séptico, tanto clínica como biológicamente.
5. Persistencia del absceso con o sin aparición de una o varias fístulas digestivo-cutáneas en el lapso de 4 semanas.¹⁹

Cuadro I. Clasificación de la diverticulitis aguda en función de la TC.

- | |
|--|
| I. Diverticulitis no complicada: incluye los criterios de diagnóstico de la diverticulitis |
| II. Diverticulitis complicada con un absceso: |
| IIa. Absceso < 3 cm |
| IIb. Absceso > 3 cm |
| III. Peritonitis difusa (purulenta o fecal) |

(Según Martín-Arévalo J et al. *Rev Esp Dis Dig* 2007).

También se considera un fallo terapéutico cuando el paciente, por otras razones, se ha sido sometido a una laparotomía, con resección intestinal o sigmoidea y la realización de una colostomía, asociadas a un lavado y drenaje peritoneal extenso.

En nuestra experiencia, realizamos el drenaje percutáneo de un absceso accesible radiológicamente con dimensiones medias de 6.5 cm de diámetro (nuestros rangos varían entre 3 y 18 cm).

Nuestros resultados de la radiología intervencionista fueron evaluados con una duración media del drenaje, sobre todo en caso de lesiones pericólicas de alrededor de 8 días (los rangos varían entre 1 y 17 días) (*Figura 2*).

Los resultados publicados por otros autores demuestran un porcentaje de éxito del drenaje en cerca del 70% (varias publicaciones, incluida la nuestra, muestran rangos entre 34 y 80% de éxito), a pesar de que en la gran mayoría de los trabajos recientes los parámetros no siempre son los mismos en relación a la selección de la antibioticoterapia y a la «performance» del CT-Scan de abdomen.

Recientemente, los resultados presentados por nuestros colaboradores revelan una eficacia del 67% del total de pacientes incluidos en nuestros protocolos de drenaje por radiología intervencionista en los casos de Hinchey II.

Debemos subrayar que un tercio de todos nuestros pacientes II necesitaron una intervención según Hartmann luego de una media de 2 semanas después de realizado el drenaje por CT-Scan (los rangos fueron variables entre 2 y 63 días de tratamiento).

Los pacientes operados tardíamente, en fase séptica y presencia de fístulas colocutáneas presentaron mayor índice de mortalidad (2%), como lo demuestra nuestra

serie presentada durante el Congreso Europeo de Coloproctología de Sorrento, Italia, 2010.²⁰

En dos tercios de los pacientes, drenados exitosamente por CT-Scan, una sigmoidectomía laparoscópica con anastomosis primaria fue realizada sin complicaciones mayores en el postoperatorio, como lo demuestra el trabajo presentado por el equipo de Gervaz P. y colaboradores.¹⁹

RESULTADOS

El drenaje de una diverticulitis grado II de Hinchey guiada por CT-Scan es efectiva en 2/3 de todos los casos. La literatura internacional muestra 35% de pacientes que pueden beneficiarse de una sigmoidectomía con anastomosis primaria. Por el contrario, el fallo en el control del absceso durante el drenaje y control séptico influye de manera negativa en caso de cirugía y resección digestiva.

En la serie publicada por Lledó y colaboradores, el CT-Scan presentó una sensibilidad del 100% y una especificidad del 88.9% para el diagnóstico de diverticulitis aguda con una tasa de falsos positivos del 2% y falsos negativos del 0%.^{18,19}

Dificultades

Una vez realizado el CT-Scan, se observan cambios en el estadio inicial en cerca del 38% de los pacientes, con una sobreestadificación global del 25% y una infraestadificación del 13%. En este sentido, destaca un 60% de sobreestadificación clínica en el estadio II de Hinchey.^{18,19}

La indicación de la cirugía basada en los hallazgos del CT-Scan está fundada y es obligatoria cuando se encuentra una neoplasia asociada a la presencia de un absceso.

DISCUSIÓN

Consensualmente, está aceptado que del 10 al 30% de los pacientes que presentan una diverticulosis padecerán una diverticulitis aguda;³ un 25% de éstos requerirán tratamiento quirúrgico urgente.^{4,8,18,19} La fiabilidad del diagnóstico basada en la semiología y la clasificación por estadios de la diverticulitis aguda del colon izquierdo ha sido cuestionada por varios autores.^{5,9}

Nuestros hallazgos confirman que el error diagnóstico cuando sólo nos basamos en parámetros clínicos es de cerca del 15% de los casos.

Existe controversia en cuanto al momento de la realización del CT-Scan en caso de diverticulitis «ligera» sintómicamente argumentando que tiene que

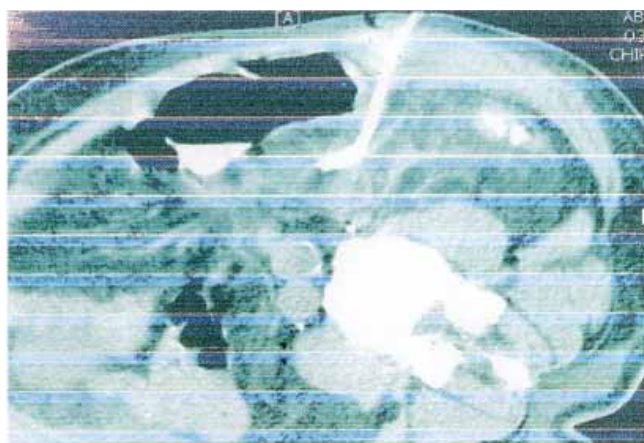


Figura 2. Drenaje de un absceso diverticular (7° día) por CT-Scan (fotografía del Dr. X. Delgadillo).

reservarse para pacientes con sospecha de absceso intraabdominal o en aquellos casos que presenten una agravación sintomática sin mejoría en las primeras 48 a 72 horas, luego de iniciada la antibioticoterapia intravenosa.¹¹

Diversos autores proponen que el CT-Scan sea el examen de predilección para el diagnóstico inicial de la diverticulitis aguda, en todas sus formas.

Es en este sentido, y de acuerdo a los protocolos de nuestros establecimientos y a la literatura internacional, que el presente documento propone realizar un CT-Scan de abdomen de manera urgente en todos aquellos pacientes con sospecha clínica de diverticulitis aguda y así confirmar el diagnóstico e identificar los casos leves susceptibles de tratamiento ambulatorio y aquellos pacientes con complicaciones precoces, como lo es el absceso.^{5,6,12,13,18-20}

Cabe recalcar que el diagnóstico diferencial es mucho más complicado entre la diverticulitis y el cáncer de colon, sobre todo en caso de absceso asociado.

El CT-Scan no puede realizar la diferenciación de las dos entidades en aproximadamente un 11% de los casos, ya que ambas situaciones pueden presentarse de forma similar con aumento del espesor y densidad intestinal en la imagen.^{11,13}

No deben olvidarse los conceptos de nuestro antiguo colaborador P. Ambrosetti que se encuentran en vigor en nuestros establecimientos, y que indican que los únicos dos signos radiológicos por CT-Scan que apoyan el diagnóstico de diverticulitis aguda son la presencia de edema en la base del mesenterio del sigmoides y la congestión vascular concomitante.¹³

Este examen contribuye a establecer decisiones terapéuticas que pueden instituirse de forma precoz: tratamiento médico,⁹ drenaje percutáneo¹⁷ o cirugía en los casos de peritonitis difusa. Además, aquellos casos con diagnóstico por CT-Scan de diverticulitis aguda leve pueden ser tratados de forma ambulatoria con antibioticoterapia oral.^{6,11}

La estadificación preoperatoria correcta asociada a la manifestación clínica y a la información obtenida por CT-Scan nos permiten apoyar el pronóstico y el tratamiento quirúrgico urgente o electivo a realizar.

La posibilidad del drenaje percutáneo permite la estabilización del paciente y la preparación del colon para la intervención quirúrgica para así realizar una anastomosis primaria. De esta manera, se disminuye el número de cirugía en dos tiempos.¹⁸

La subdivisión del estado Hinchey II de acuerdo al CT-Scan permite el tratamiento por radiología intervencionista, donde los abscesos mesocólicos de tamaño inferior a 3 cm responden al tratamiento con antibióticos y dieta absoluta, gracias a la resolución

interna espontánea, lo que permite no precisar la cirugía urgente ulterior.¹⁸

Por el contrario, los abscesos pélvicos o intraabdominales mayores de 3 cm requieren el drenaje percutáneo por radiología intervencionista, también en caso de peritonitis franca asociada a tratamiento urgente de tipo quirúrgico.^{15,18-20}

CONCLUSIONES

En resumen, muchas son las implicaciones prácticas importantes y que merecen la pena de retenerse en caso de diverticulitis aguda (grado II de Hinchey) que evolucionan de manera poco favorable:

1. Mala selección del paciente para el tratamiento conservador,
2. Administración de una antibioticoterapia inadecuada,
3. Mala «performance» de los métodos diagnósticos (CT-Scan de abdomen),
4. Persistencia del estado séptico, tanto clínica como biológicamente,
5. Persistencia del absceso multilobulado y
6. Aparición de una o varias fístulas digestivocutáneas en el lapso de 4 semanas.¹⁹

Por lo tanto, la elección del procedimiento quirúrgico estará influenciado por el grado de contaminación peritoneal adyacente al absceso, al grado de la experiencia del equipo quirúrgico (coelioscopia). Confección de una anastomosis primaria (con ileostomía o colostomía) en el tratamiento de elección en la diverticulitis grados I y II de Hinchey, ya sea por laparotomía o coelioscopia.

Cabe recalcar que persisten en vigor las recomendaciones sobre los procedimientos en 2 tiempos (resección de un segmento del colon afectado seguido de una colostomía tipo Hartmann, aplicada en caso de diverticulitis Hinchey IV) y en caso de grados III de Hinchey con anastomosis primaria; ileostomías o colostomía de protección se asocian a un lavado cólico anterogrado en sala de operación.

ÚLTIMAS CONSIDERACIONES

1. La primera evidencia comprende la mayoría de las crisis diverticulares que pueden ser tratadas en ambulatorio con una antibioticoterapia oral a base de ciprofloxacino y metronidazol.
2. El CT-Scan abdomino-pélvico constituye el examen radiológico de elección, para establecer el buen diagnóstico y apreciar la severidad de la diverticulitis (estadiage de Hinchey). Una diverticulitis complicada es aquella que se acompaña de un absceso, fístula o peritonitis.

3. La indicación para la sigmoidectomía electiva se basa en el resultado terapéutico del drenaje radiológico y del número de días de seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parks TG. Natural history of diverticular disease of the colon. *Clin Gastroenterol* 1975: 53-69.
2. Rafferty J, Shellito P, Hyman N, Buie WD. And the standards Committee of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for sigmoid diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 2006: 939-44.
3. Farell RJ, Farell JJ, Morrin MM. Diverticular disease in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 2001: 475-96.
4. Stollman N, Raskin JB. Diverticular disease of the colon. *Lancet* 2004: 631-9.
5. Ambrosetti P, Grossholz M, Becker C, Terrier F, Morel PH. Computed tomography in acute left colonic diverticulitis. *Br J Surg* 1997: 532-4.
6. Brengman ML, Otchy DP. Timing of computed tomography in acute diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 1998: 1023-8.
7. Hinchey EJ, Schaal PGH, Richards GK. Treatment of perforated diverticular disease of the colon. In: Rob C, Hardy JD, Jordan GL Jr et al. Eds. *Advances in Surgery*. Chicago, Illinois: Year Book, 1978: 85-109.
8. McKee RF, Deignan RW, Krukowski ZH. Radiological investigation in acute diverticulitis. *Br J Surg* 1993: 560-5.
9. Schechter S, Mulvey J, Theodore RN, Eisenstat E. Management of uncomplicated acute diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 1999: 470-6.
10. Quirk DM, Barry MJ. Physician specialty and cost-effectiveness of diverticulitis care: A difficult knot to untangle. *Gastroenterology* 1997: 2147-50.
11. Pradel JA, Adell JF, Taourel P, Djafari M, Monnin-Delhom E, Bruel JM. Acute colonic diverticulitis: Prospective comparative evaluation with US and CT. *Radiology* 1997: 503-12.
12. Nelson RS, Velasco A, Mukesh SN. Management of diverticulitis in younger patients. *Dis Colon Rectum* 2006: 1341-5.
13. Chautems RC, Ambrosetti P, Ludwig C, Mermillod B, Morel PH, Soravia C. Long-term follow-up after first acute episode of sigmoid diverticulitis: Is surgery mandatory? *Dis Colon Rectum* 2002: 962-6.
14. Stefanson T, Nyman R, Nilsson S. Diverticulitis of the sigmoid colon: A comparison of CT, colonic enema, and laparoscopy. *Acta Radiol* 1997: 313-9.
15. Neff CC, van Sonnenberg E, Casola G, Wittich GR, Hoyt DB, Halasz NA et al. Diverticular abscesses: Percutaneous drainage. *Radiology* 1987: 15-8.
16. Salem L, Flum D. Primary anastomosis or Hartmann's procedure for patients with diverticular peritonitis. A systematic review. *Dis Colon Rectum* 2004: 1953-64.
17. Stabile BE, Puccio E, van Sonnenberg E, Neff CC. Preoperative percutaneous drainage of diverticular abscesses. *Am J Surg* 1990: 99-105.
18. Martín-Arévalo J, García-Granero E, García-Botello E, Muñoz E, Cervera V, Flor-Lorente B, Lledó S. Rol de la TC en la diverticulitis complicada. *Rev Esp Dis Dig* 2007: 6-12.
19. Durmishi Y, Gervaz P, Brandt D, Bucher P, Platon A, Morel PH, Poletti PA. Results from percutaneous drainage of Hinchey stage II diverticulitis guided by computed tomography scan. *Surgical Endoscopy* 2006: 1129-1133.
20. Delgadillo X, Wuthrich P, Gervaz P. Surgical management of I-Hinchey II diverticular disease. Presented in: *European Society of Coloproctology Annual Meeting* 2010. Sorrento- Italy.