



REVISTA DE  
GASTROENTEROLOGÍA  
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## CIRUGÍA

# Paradigmas cambiantes en diverticulitis

## *Paradigm shift in diverticulitis*

O. Durán-Ramos

Coloproctólogo del Hospital San Javier de la Ciudad de Guadalajara, Jal.

Recibido el 5 de junio de 2013; aceptado el 20 de junio de 2013

### Introducción

La frecuencia de divertículos en el colon (diverticulosis) se ha incrementado considerablemente en los últimos años, estimándose que aproximadamente un 5% a 10% de la población en los Estados Unidos los presenta al llegar a los 40 años y aproximadamente un 60% a 70% al alcanzar los 80 años de edad. De todos los pacientes con diverticulosis, sólo 20% a 25% presentarán sintomatología (enfermedad diverticular) y aproximadamente un 15% de ellos, una complicación inflamatoria por absceso (diverticulitis).

El manejo de la enfermedad diverticular complicada ha cambiado en los últimos años y es por ello que se elabora esta revisión, la cual surge de los trabajos presentados en los Congresos Anuales de la Sociedad Americana de Cirujanos del Recto y Colon en junio de 2012 y abril de 2013 y en la Semana de Enfermedades Digestivas celebrada del 18 al 21 de mayo de 2013 en la ciudad de Orlando, Florida, donde la Sociedad para Cirugía del Tracto Alimentario (SSAT) organizó un curso sobre el tratamiento de enfermedades colorrectales en el que se trató en forma muy completa este tema. La clasificación de Hinchey, descrita desde 1978, con base en los hallazgos quirúrgicos al momento de la cirugía,

sigue siendo hasta el momento, la más conocida y utilizada para decidir la conducta a seguir en diverticulitis<sup>1</sup>.

### Manejo de la diverticulitis no complicada

Los pacientes que presentan una etapa Hinchey 1 que es considerada como una diverticulitis no complicada (flegmón pericólico o absceso pericólico menor de 2 cm causado por una microperforación), y que se presentan a consulta por dolor en cuadrante inferior izquierdo del abdomen, fiebre y leucocitosis, deben ser tratados conservadoramente. Si toleran adecuadamente la vía oral y no presentan síntomas sistémicos ni comórbidos, deben ser manejados en forma ambulatoria con antibióticos orales durante 7 a 10 días y dieta de bajo residuo, con lo cual, la sintomatología se resuelve en la mayoría de los casos en un promedio de 2 a 3 días<sup>2</sup>. Se considerará manejo intrahospitalario en aquellos pacientes ancianos, con comorbilidades, con datos de peritonitis localizada, síntomas sistémicos y que no toleren la vía oral o requieran de medicamentos adicionales contra el dolor. Estos pacientes se mantendrán en ayuno y se manejarán con antibióticos IV. La mayoría de ellos responde favorablemente y sólo se considerarán candidatos a algún

Autor de correspondencia: C/Quebec No 631-202, Col. Prados de Providencia, Guadalajara, Jal. C.P. 44670 Teléfono: (01) 33 3679 3525. Cel. (33) 3115 7865. Correo electrónico: oduranr@hotmail.com (O. Durán-Ramos)

otro procedimiento invasivo, aquellos que empeoren o no mejoren su sintomatología en 3 a 4 días<sup>3</sup>.

En el pasado, la resección electiva del colon estaba indicada después de 2 ataques de diverticulitis no complicada que habían requerido de hospitalización y/o después de un episodio de diverticulitis complicada<sup>4</sup>.

Las guías para colectomía profiláctica han sido revisadas por la Sociedad Americana de Cirujanos del Recto y Colon y actualmente el número de ataques de diverticulitis no complicada, no son el factor principal para decidir cirugía<sup>5</sup>. En el Congreso de la Sociedad Americana de Cirujanos del Recto y Colon en junio del 2012, el Dr. Takano presentó una revisión retrospectiva de 218 pacientes que fueron sometidos a resección de sigmoides con anastomosis por diverticulitis, entre abril de 2007 y enero de 2011, reportando que aquellos que habían tenido menos de 3 ataques previos de diverticulitis no complicada, presentaron mayor número de complicaciones postoperatorias (abscesos, fístulas, infecciones respiratorias, aumento del tiempo operatorio y del porcentaje de conversión de la cirugía), que aquellos que habían tenido más de 4 ataques previos<sup>6</sup>.

### Manejo de la diverticulitis complicada

Los pacientes que presentan una etapa Hinchey 2 (absceso pélvico, abdominal o retroperitoneal) se considera que son portadores de una diverticulitis complicada y deben ser manejados con medidas conservadoras, antibióticos de amplio espectro por vía IV y drenaje percutáneo o lavado peritoneal por laparoscopia. El manejo no quirúrgico de la diverticulitis complicada es altamente efectivo, convirtiendo una cirugía de urgencia en un procedimiento electivo en cerca del 90% de los casos<sup>7</sup>.

La diverticulitis recurrente ha sido reportada en más del 30% al 40% de pacientes que se recuperan de un episodio de absceso diverticular colónico, por lo que tradicionalmente se ha recomendado someterlos posteriormente a cirugía electiva.

En una revisión retrospectiva de todos los pacientes tratados por absceso diverticular colónico con drenaje percutáneo en 2 centros hospitalarios entre los años de 2002 a 2007, en Minneapolis, Minnesota, Gaertner reporta que en 218 pacientes no hubo complicaciones relacionadas con el procedimiento, por lo que éste se considera como seguro y de bajo riesgo y que puede ayudar a evitar una resección colónica subsecuente hasta en el 15% de los casos<sup>8</sup>.

El lavado laparoscópico en diverticulitis perforada no fecaloide ha demostrado tener menor mortalidad (4.0% vs. 10.4%,  $p < 0.001$ ), menos complicaciones (14.1% vs. 25%,  $p < 0.001$ ) y disminución en los días de estancia hospitalaria (10 días vs. 20 días,  $p < 0.001$ ), que en aquellos pacientes que se sometieron a laparotomía/resección<sup>9</sup>.

Los últimos reportes de la literatura proponen un abordaje laparoscópico en lugar de cirugía abierta, con el propósito de reducir la alta morbilidad y mortalidad asociada al tratamiento quirúrgico de urgencia en diverticulitis. Sin embargo, en una revisión de casos entre los años 2005 y 2009 que incluyó el análisis de 1,186 pacientes sometidos a colectomía parcial por diverticulitis y de los cuales 70 (6%) se operaron por abordaje laparoscópico, Ryan no reporta

haber encontrado un descenso significativo en la morbilidad y mortalidad en comparación con la técnica abierta<sup>10</sup>.

En un estudio clínico aleatorizado en 90 pacientes durante 5 años, no hubo diferencias significativas en los índices de efectos adversos, realizando anastomosis primaria o procedimiento de Hartmann<sup>11</sup>.

Las conclusiones a las que podemos llegar, de acuerdo a todas estas presentaciones, es que actualmente la diverticulitis complicada del colon en etapas 2 y 3 de la clasificación de Hinchey, tiende a manejarse en forma más conservadora, con antibióticos, drenaje percutáneo o lavado peritoneal en lugar de cirugía; y cuando ésta se requiere, la tendencia actual es a realizarla por laparoscopia, tratando de efectuar una anastomosis primaria en lugar del procedimiento de Hartmann tradicional, si los hallazgos quirúrgicos y las condiciones generales y comórbidas del paciente lo permiten. Si se requiere dejar un estoma derivativo, es mejor una ileostomía en asa que una colostomía terminal.

### Financiamiento

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este trabajo.

### Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Hinchey EJ, Schaal PG, Richard GK. Treatment of perforated diverticular disease of the colon. *Advances in Surgery* 1978;12:85-109.
2. O'Connor ES, Smith M, Heise CH. Outpatient diverticulitis: mild or myth? Sesión de trabajos orales en: Annual Scientific Meeting of the ASCRS 2011; May 14-18; Vancouver, Canada: ASCRS; 2011. S33.
3. Yoo J. Perforated diverticulitis (operative and non operative management). Trabajo oral presentado en el Curso de la SSAT: Evidence Based Treatment of Colorectal Diseases. DDW 2013; mayo 18-21; Orlando, FL.
4. Wong WD, Wexner SD, Lowry A, et al. Practice parameters for the treatment of sigmoid diverticulitis: supporting documentation. The Standards Task Force. *The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Dis Colon Rectum* 2000;43:290-297.
5. Hall JF, Roberts PL, Ricciardi R, et al. Long-term follow-up after an initial episode of diverticulitis: what are the predictors of recurrence? *Dis Colon Rectum* 2011;54:283-288.
6. S. Takano, C Reategui, G. da Silva, et al. The number of prior episodes of diverticulitis affects postoperative outcomes. Sesión de trabajos orales en: Annual Scientific Meeting of the ASCRS 2012; Jun 2-6; San Antonio, Tx.: ASCRS; 2012. S68.
7. Dharmarajan S, Hunt SR, Birnbaum EH, et al. The efficacy of nonoperative management of acute complicated diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 2011;54:663-671.
8. Gaertner W, Madoff R, Rothenberger D, et al. Percutaneous Drainage of colonic diverticular abscess: is colon resection necessary? Sesión de trabajos orales presentado en: Annual Scientific Meeting of the ASCRS 2012; Jun 2-6; San Antonio, Texas: ASCRS; 2012. S70.

9. Rogers AC, Collins D, O'Sullivan G, et al. Laparoscopic lavage for perforated diverticulitis: a population analysis. *Dis Colon Rectum* 2012;55:932-938.
10. Turley RS, Barbas AS, Lidsky M, et al. Laparoscopic versus open Hartmann procedure for the emergency treatment of diverticulitis: a propensity-matched analysis. *Dis Colon Rectum* 2013;56:72-82.
11. Andrea GA, Karas JR, Brook S, et al. Primary anastomosis vs. Hartmann's procedure for perforated diverticulitis: a randomized controlled trial. Sesión de trabajos orales en: Annual Scientific Meeting of the ASCRS 2011; May 14-18; Vancouver, Canadá: ASCRS; 2011. S32.