

CAPÍTULO XX

Diverticulitis aguda

*Rafael Garcia Duperly, MD
Sección de Cirugía de Colon y Recto
Clínica Reina Sofía
Bogotá*

TERMINOLOGÍA

Divertículo: es la prolapso de la mucosa a través de la pared muscular del intestino grueso (colon).

Diverticulosis: implica la presencia de uno o más divertículos sin causar sintomatología.

Enfermedad diverticular: incluye todos los casos en que los divertículos causan manifestaciones clínicas como sangrado o inflamación.

Diverticulitis: se produce por micro o macro perforación de un divertículo, la cual puede ser simple o complicada, bajo la forma de perforación libre, abscesos, peritonitis generalizada, obstrucción, fístulas a otros órganos o sangrado.

EPIDEMIOLOGÍA

A menudo es asintomática, siendo su incidencia baja en zonas rurales de Africa y América Latina y ciertas zonas de Asia y alta en los países occidentales. La relación mujeres a hombres es de 3:2; es más frecuente en hombres por encima de los 50 y en mujeres por encima de los 70 y rara en menores de 20 años. 20% de la población por debajo de 50 años presenta divertículos mientras que 85% de las personas por encima de los 80 los tie-

nen. Alrededor de 20% de los pacientes con divertículos van a presentar en algún momento un episodio de diverticulitis aguda.

ETIOPATOGENIA

Se origina por dos factores principales que son:

1. Aumento en la presión intraluminal
2. Debilidad en la pared intestinal

El estreñimiento juega un papel por retención del bolo fecal, el cual causa aumento de la presión intraluminal, lo que produce hipersegmentación y herniación de la mucosa a través del punto más débil, que es la entrada de los vasos a través de la muscular, entre las arteria lateral y mesentérica.

Cuando se ocluye el cuello del divertículo se produce aumento de la presión en la luz y sobreinfección, que causa micro o macroperforación que lleva a la diverticulitis aguda.

Se han utilizado múltiples clasificaciones para estadificar la enfermedad: la clínica, de la Universidad de Minnesota y la de Hinchey que utiliza la tomografía axial computadorizada para clasificarla en estadios, siendo las dos más utilizadas.

CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE MINNESOTA

- 0 No inflamación.
- I Inflamación crónica.
- II Inflamación aguda con o sin microabscesos.
- III Absceso pericólico o mesentérico.
- IV Absceso pélvico.
- V Peritonitis fecal o purulenta.

CLASIFICACIÓN ESCANOGRÁFICA DE HINCHEY

- Estado I** Diverticulitis asociada con absceso pericólico.
- Estado II** Diverticulitis asociada con absceso distante (pélvico o retroperitoneal).
- Estado III** Diverticulitis asociada a peritonitis purulenta.
- Estado IV** Diverticulitis asociada con peritonitis fecal.

Los casos repetidos de inflamación causan fibrosis de la pared del colon y estrechez de la luz. Ocasionalmente los abscesos invaden la pared de los órganos vecinos causando fistulas; las más comunes son a la vejiga y a la vagina.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO

La mayoría de los pacientes son asintomáticos. En la diverticulitis aguda el principal síntoma es dolor en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen (con una frecuencia de 93-100%) seguido de fiebre (57-100%) y leucocitosis (69-83%). Puede palparse masa en el examen pélvico o rectal. En algunos casos se presentan síntomas urinarios como disuria, polaquiuria y tenesmo vesical por vecindad a la cúpula de la vejiga; 85% de los episodios ocurre en el sigmoide.

Para poder estadificar la enfermedad y establecer su manejo se recomienda realizar procedimientos diagnósticos adicionales como los siguientes:

ENDOSCOPIA

Contraindicada en la fase aguda, ya que puede convertir una perforación contenida en una perforación libre, sea por el mismo instrumento o por la insuflación de aire para el procedimiento. Se realiza después de terminado el proceso agudo para diferenciarlo de enfermedad inflamatoria intestinal, lesión tumoral o para evaluar una estrechez. Ocasionalmente hay necesidad de realizarla en fase aguda cuando hay alta sospecha de lesión neoplásica; en este caso se deberá insuflar un mínimo posible de aire.

ESTUDIOS CON CONTRASTE

Enema con contraste hidrosoluble

Es un estudio simple y seguro en pacientes con sospecha de diverticulitis. Tiene una sensibilidad de 94%, especificidad de 77% con falsos negativos de 2-15%. Los principales hallazgos son diverticulosis con o sin espasmo; peridiverticulitis, en que se observa una clara irregularidad del sigmoide con grandes estrecheces o con obstrucción y extravasación del medio de contraste con formación de masa pericólica, absceso u obstrucción.

Enema de bario doble contraste

Da un mejor delineamiento de la mucosa pero debe ser realizado después de que la inflamación local haya cedido. Tiene una especificidad de 86%. Está contraindicado en casos de neumoperitoneo o de inestabilidad hemodinámica.

Es importante anotar que estos medios diagnósticos no determinan si existe inflamación o no, pues tan solo evidencian la presencia de divertículos o de algún tipo de complicación como fístulas o estenosis.

Ultrasonografía

Tiene una sensibilidad de 84-98%, especificidad de 80-97%, con un valor predictivo positivo de 76%. Es un procedimiento de valor diagnóstico y terapéutico para drenaje percutáneo, con una exactitud para detectar abscesos de 90-97%.

Los hallazgos principales son: engrosamiento de la pared e hiperecogenicidad del colon por inflamación; también se la realiza para excluir patología pélvica o ginecológica. La principal desventaja es que no diferencia entre enfermedad de Crohn, carcinoma, linfoma o diverticulitis aguda. También, que depende mucho de la habilidad del operador.

Tomografía axial computarizada (TAC)

Es el mejor método diagnóstico y se utiliza como examen inicial en el paciente en quien se sospecha diverticulitis aguda. Localiza y estadifica la enfermedad. Sirve para drenaje percutáneo de colecciones y para el seguimiento posterior. Tiene sensibilidad de 90-95%, especificidad de 72% y falsos negativos de 7-21%. Diagnostica el engrosamiento de la pared del colon cuando está por encima de los 4mm, lo mismo que los cambios en la grasa pericólica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dependiendo de la forma de presentación se deberá hacer diagnóstico diferencial con un grupo de patologías muy variables como son:

1. Carcinoma.
2. Colitis ulcerativa.
3. Enfermedad de Crohn.
4. Colitis isquémica.
5. Enfermedad pélvica inflamatoria.
6. Pielonefritis.
7. Apendicitis.

El más importante para diferenciar es el carcinoma, y para ello tienen gran valor los estudios radiológicos y endoscópicos.

COMPLICACIONES DE LA DIVERTICULITIS AGUDA

La principal complicación es el **absceso** y/o el **flegmón** que se presentan en 10-50% de los pacientes con diverticulitis. La **obstrucción** del colon se presenta en 10% de los casos y se origina en los episodios repetidos de diverticulitis con formación de fibrosis y disminución del calibre de la luz.

Los abscesos pericólicos también producen obstrucción por comprensión extrínseca. Otra de las complicaciones es la formación de fístulas que se producen por erosión del absceso hacia un órgano vecino, más comúnmente a la vejiga y a la vagina. Rara vez se presenta sangrado como complicación.

TRATAMIENTO

El manejo depende del estado en que se encuentre el paciente con diverticulitis aguda. Los estados Minesota I al IV y Hinchey I - II son de manejo médico, mientras el Minesota V y los Hinchey III y IV son de manejo quirúrgico.

MANEJO MÉDICO

El manejo inicial es con reposo intestinal, líquidos endovenosos y antibióticos para Gram negativos y anaerobios.

Cuando se diagnostica un absceso debe ser drenado por vía percutánea, idealmente dejando un catéter tipo Malekot o similar para drenaje continuo, porque la incidencia de reproducción del absceso es alta.

La presentación de un segundo episodio después de una adecuada respuesta al tratamiento médico es menor de 30%, pero después de un tercer episodio es entre 58–90%. La incidencia de complicaciones también aumenta con los subsiguientes episodios.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

20% de los pacientes que han presentado diverticulitis aguda terminan en cirugía.

Las indicaciones para cirugía electiva en enfermedad diverticular, según la Sociedad Americana de Colon y Recto son:

1. Dos o más ataques de diverticulitis asociados con dolor abdominal, fiebre, masa abdominal y leucocitosis.
2. Ataque de diverticulitis con extravasación del medio de contraste, síntomas obstructivos o urinarios.
3. Más de dos episodios confirmados de diverticulitis aguda severa que requieran hospitalización.
4. Pacientes inmunocomprometidos o consumidores crónicos de corticoides.
5. Un solo ataque de diverticulitis en personas menores de 50 años.

Esta última indicación es muy discutible y hay múltiples autores que piensan que no hay ma-

yor diferencia y que se debiera seguir con los mismos parámetros. Nuestro pensamiento es que estos pacientes tienen una perspectiva de vida más larga y por lo tanto mayor probabilidad de nuevos episodios con mayor riesgo quirúrgico, por lo cual les recomendamos operarse después del primer episodio.

Se recomienda llevar a cabo la resección electiva 6-8 semanas después del episodio agudo, cuando la inflamación haya cedido. El procedimiento de elección es la resección primaria con anastomosis.

En el episodio agudo, la indicación absoluta de cirugía es en la clasificación de Minnesota el estado V, y en la de Hinchey los III y IV, o sea la perforación libre con peritonitis purulenta o fecal y el paciente con absceso que no responde al tratamiento médico.

Existen múltiples técnicas quirúrgicas, pero los principios básicos deben ser control de la sepsis, resección del tejido enfermo, restauración de la continuidad intestinal con ostomía de protección o sin ésta; esas técnicas son:

1. Procedimiento en tres tiempos: inicialmente se realiza colostomía del transversal y drenaje del absceso, posteriormente resección del segmento con o sin anastomosis y por último cierre de la colostomía. Rara vez está indicado.
2. Procedimiento en dos tiempos: es el procedimiento de elección cuando existe perforación y peritonitis porque se reseca completamente el segmento enfermo y se logra un mejor control del proceso séptico.

En este grupo existen varias alternativas:

- Exteriorización con resección, colostomía y fístula mucosa.
- Resección con colostomía y cierre del muñón rectal (Procedimiento de Hartman).

- Resección con anastomosis primaria y ostromía de protección.
- Resección con anastomosis primaria.

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

Se viene utilizando cada vez más para el manejo de la enfermedad diverticular. Inicialmente se la utilizó únicamente para diagnóstico en casos dudosos y posteriormente para procedimientos electivos de resección con anastomosis primaria, pero actualmente han aparecido reportes de su uso en diverticulitis perforada con peritonitis.

En la actualidad se la considera como el procedimiento ideal para cirugía electiva por sus beneficios respecto a los procedimientos abiertos.

RECURRENCIA DE LA DIVERTICULITIS DESPUÉS DE LA RESECCIÓN

Un 7% de los pacientes presenta enfermedad diverticular recurrente; 20% de éstos requieren una nueva resección. La principal causa es la resección incompleta del sigmoide y la realización de la anastomosis en el sigmoide distal, dejando la zona de aumento de presión con el uso del colon sigmoide para realizar la anastomosis. Se debe usar el recto para disminuir el riesgo de recurrencia.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Ambrosetti P, Jenny A, Becker C, et al. Acute left colonic diverticulitis compared performance of computed tomography and water-soluble contrast

2. Farrell RJ, Farrell JJ, Morrin MM. Diverticular disease in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 2001; 30:475-96.
3. Gooszen AW, Gooszen HG, Veerman W, et al. Operative treatment of acute complications of diverticular disease: primary or secondary anastomosis after sigmoid resection. *Br J Surg* 2001; 167:35-9.
4. Horgan AF, McConnell EJ, Wolff BG, et al. Atypical diverticular disease: surgical results. *Dis Colon Rectum* 2001; 44:1315-8.
5. Lane JS, Sarkar R, Schmit PJ, et al. Surgical approach to cecal diverticulitis. *J Am Coll Surg* 1999; 188:629-34.
6. Marinella MA, Mustafa M. Acute diverticulitis in patients 40 years of age and younger. *Am J Emerg Med.* 2000; 18:140-2.
7. Papagrigroriadis S, Macey L, Bourantas N, et al. Smoking may be associated with complications in diverticular disease. *Br J Surg* 1999; 86:923-6.
8. Patiño JF. Enfermedad diverticular del colon. En: *Lecciones de Cirugía*. Por JF Patiño. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Bogotá, 2001.
9. Schechter S, Mulvey J, Eisenstat TE. Management of uncomplicated acute diverticulitis: results of a survey. *Dis Colon Rectum* 1999; 42:470-5.
10. Schilling MK, Maurer CA, Kollmar O, et al. Primary vs. secondary anastomosis after sigmoid colon resection for perforated diverticulitis (Hinchey Stage III and IV): a prospective outcome and cost analysis. *Dis Colon Rectum* 2001; 44:699-703.
11. Stollman NH, Raskin JB. Diagnosis and management of diverticular disease of the colon in adults. *Ad Hoc Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology.* *Am J Gastroenterol* 1999; 94:3110-21.
12. Vargas HD, Ramirez RT, Hoffman GC, et al. Defining the role of laparoscopic-assisted sigmoid colectomy for diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 2000; 43:1726-31.
13. Zeitoun G, Laurent A, Rouffet F, et al. Multicentre, randomized clinical trial of primary versus secondary sigmoid resection in generalized peritonitis complicating sigmoid diverticulitis. *Br J Surg* 2000; 87:1366-74.