

Manejo quirúrgico en enfermedad diverticular complicada

Ernesto Melkonian T.^{1,2}

¹Cirugía
Coloproctológica,
Clínica Alemana de
Santiago, Chile.
²Servicio de Cirugía,
Hospital del Salvador,
Santiago, Chile.

Recibido: 21 de abril
de 2014
Aceptado: 10 de
mayo de 2014

Correspondencia a:

Dr. Ernesto Melkonian
Tumani
Cirugía, Clínica
Alemana de Santiago,
Vitacura 5951,
Vitacura, Santiago,
Chile.
Tel: (+56 2) 2210
1111
emelkonian@
alemana.cl

Surgical management in complicated diverticular disease

Diverticular disease has increased in incidence, and the need for emergency surgery has decreased at the expense of elective surgery. Nearly 25% of diverticulitis will require surgery. In elective indications of surgery this should be individualized considering the likelihood of recurrence, the patient's condition, the lifestyle and the type of crisis the patient has had. Currently, elective surgery should be ideally laparoscopic because it is accompanied by better recovery and fewer complications. In the emergency setting, surgical indications will be abscesses and local perforations that do not yield to medical management or puncture. In a good number of these cases it is feasible to do resection and primary anastomosis. In cases of purulent peritonitis we can also make resection and anastomosis with or without protection or eventually laparoscopic lavage and deferred elective resection in selected cases. For fecal peritonitis or in very compromised patients in situations described above it is safer to do Hartmann's operation.

Key words: Diverticular, diverticulitis, complicated, surgery.

La enfermedad diverticular de colon ha aumentado su incidencia en la última década en 26%. Por su parte, la cirugía de urgencia ha disminuido por la mejora en el manejo médico y la cirugía electiva ha aumentado en 29%, especialmente en < 65 años, probablemente por el mayor uso de técnicas laparoscópicas, que involucran una menor agresión para los pacientes¹.

El objetivo del manejo de la enfermedad diverticular debiera ser:

- Aliviar los síntomas.
- Prevenir recurrencias.
- Cirugía electiva en vez de urgencia si posible.
- Mantener continuidad tubo digestivo.

La enfermedad diverticular complicada será en su mayoría de manejo médico. Sólo en 20-25% de los casos estará indicada la cirugía, que será de tipo:

- A. Electiva.
- B. Urgencia.

A. Cirugía electiva

Indicaciones

- a. Diverticulitis recurrente.
- b. Un episodio de diverticulitis complicada.
- c. Fístula colo-vesical, vaginal, colocoláica.
- d. Estenosis.
- e. Imposibilidad descartar cáncer.

El manejo de las fistulas de colon no requieren mayor disquisición y el tratamiento quirúrgico más adecuado será la resección del colon comprometido, habitualmente el sigmoide, o la sutura del órgano fistulizado.

Donde probablemente hay mayor discusión es en la indicación de cirugía luego de una diverticulitis complicada y, especialmente, en lo que respecta a cuándo indicar la cirugía, luego de al menos una diverticulitis no complicada.

Respecto a la diverticulitis complicada, estudios como el de Nelson revelan 46% de recurrencia luego de una diverticulitis complicada, así como otros autores encuentran mayores tasas de recidiva en los pacientes que presentaron abscesos que requirieron drenaje percutáneo^{2,3}. La cifra de recurrencia luego de diverticulitis no complicada, por otro lado, sería cercana a 18 a 20%. Es por eso que la recomendación es de considerar una cirugía electiva luego de una diverticulitis complicada hecho sugerido también por las recientes recomendaciones de la Sociedad Americana de Cirugía Colorrectal. Evidencia Ib⁴.

Respecto a cuándo operar después de 1 o más episodios no complicados, el número de crisis originalmente eran 2, pero no necesariamente constituyen *per se* indicaciones actuales y la indicación debe ser individualizada⁴.

Para eso debemos considerar los factores de riesgo de recurrencia estudiados (Tabla 1). Respecto de la

edad, hace una década la edad < 50 era considerada mayor riesgo de diverticulitis complicada. Actualmente se ha visto en estudios prospectivos, que los menores de 50 años, sí tienen mayor riesgo de recurrencia, pero que esas recurrencias serán menos complicadas que las crisis originales⁵⁻⁷.

Por lo tanto, habrá mayor tendencia a operar luego de crisis repetidas en jóvenes para evitar futuras recurrencias más que para evitar el riesgo de una crisis complicada y el consiguiente riesgo de colostomía que será cercano a 5%.

Al momento de decidir sobre una cirugía electiva debemos considerar:

- Riesgo de recidiva personalizado.
- Riesgo quirúrgico.
- Condiciones del paciente.
- Estilo vida y preferencias del paciente.
- Síntomas persistentes.

En cuanto a la cirugía electiva, ésta debiera ser idealmente vía laparoscópica (Evidencia Ia) por presentar menor dolor, ileo, hospitalización, complicaciones y tener una mejor calidad de vida^{4,8,9}. En nuestra experiencia publicada, que incluyó el análisis de 60 pacientes tratados por vía laparoscópica, la morbilidad fue de 5%, sin dehiscencia de sutura ni mortalidad y una tasa de recidiva de 3,3% a casi 4 años de seguimiento, lo que coincide con las series internacionales¹⁰.

En cuanto al estudio preoperatorio, éste debiera incluir una colonoscopia en mayores de 50 años, y en los que han tenido una crisis complicada por mayor riesgo de cáncer subyacente. Luego, realizamos una enema baritada o colonoscopia virtual con el objetivo de tener un mapa más exacto para decidir hasta donde reseca en el colon proximal.

En cuanto a la cirugía, lo recomendable es operar no antes de 4-6 semanas, esperando a que ceda la inflamación local. La cirugía incluye la resección del sigmoides, que es la zona más comprometida, cortar proximalmente en un colon de pared no engrosada y elástica, y anastomosar distalmente al recto. Se ha visto que las tasas de recidiva suben más allá de 5% si se dejan divertículos a distal, es decir, se hace una anastomosis colosigmoidea y no colorrectal¹¹.

B. Cirugía de urgencia

Ésta será necesaria aproximadamente en 25% de los casos. Utilizamos habitualmente la clasificación de Hinchey para las diverticulitis complicadas (Tabla 2). Según un estudio de Darmarajan, cerca de 90% de las diverticulitis complicadas podrían ser manejadas médicamente¹³.

Serían indicaciones de operar:

- Inestabilidad hemodinámica.
- Peritonitis generalizada.
- Aire difuso y líquido con abdomen sensible.
- Inmunosupresión.
- Comorbilidades que no toleren una sepsis no resuelta.

En los pacientes Hinchey 1 (Tabla 2), es decir, absceso pericolónico, aproximadamente 80% de los casos se logra manejar con antibióticos y drenaje percutáneo en abscesos mayores de 5 cm. En los pacientes Hinchey 2, estudios demuestran tasas de respuesta al manejo médico algo menores. Estará indicada la cirugía si no se logra respuesta satisfactoria a este manejo o si no hay ventana adecuada para un manejo percutáneo. En caso de cirugía, se puede intentar resección y anastomosis si el paciente está hemodinámicamente estable y las condiciones locales en el sitio de anastomosis son adecuadas, con tejidos no muy inflamados. En caso contrario se hará anastomosis protegida con colo o ileostomía o una operación de Hartmann.

En los pacientes Hinchey 3, es decir, en presencia de peritonitis purulenta, es donde probablemente hay mayor discusión respecto de qué hacer.

Tradicionalmente se ha realizado la operación de Hartmann, sin embargo, ésta lleva aparejada una colostomía, la que en un porcentaje cercano a 30 a 40% no se reconstituye a futuro y la reconstitución implica otra intervención que tradicionalmente ha tenido una morbilidad no despreciable.

Tabla 1. Factores de riesgo de recurrencia

Edad < 50
Absceso retroperitoneal – pélvico- drenaje percutáneo
Perforación cubierta
Inmunosupresión
3-4 episodios sería costo-efectivo
Obesidad
Insuficiencia renal crónica
Enfermedades del colágeno
Historia familiar
Largo diverticular > 5 cm

Tabla 2. Clasificación de Hinchey¹²

I	Absceso pericólico
II	Absceso pélvico, intrabdominal o retroperitoneal
III	Peritonitis purulenta generalizada
IV	Peritonitis estercorácea generalizada

Artículos de Revisión

Otra alternativa ha sido la resección y anastomosis primaria, que en casos bien seleccionados logra una buena evolución, con tasa de dehiscencia de 5-7%¹⁴.

Una alternativa intermedia ha sido la anastomosis protegida con ileostomía, que requerirá un cierre posterior.

En el año 2008 aparecen series en que como alternativa se realiza una laparoscopia exploradora, con aseó peritoneal por esta vía. Se deja drenaje a la zona siempre que no haya una perforación evidente, ya que en la mayoría de los casos la perforación ya está cubierta. Con esta técnica del lavado peritoneal laparoscópico se han logrado tasas de morbilidad y mortalidad más bajas, dejando la resección para cuando se resuelva el cuadro agudo^{15,16}. Se han descrito casos en que ha habido mala respuesta, por eso se deben seleccionar bien los casos. Aun están pendientes los resultados de un estudio randomizado que nos permitirá aclarar su real utilidad. Por el momento, la Sociedad Americana de Cirugía Colorrectal recomienda la resección de la zona comprometida⁴.

En los pacientes con peritonitis fecaloidea, es decir Hinchey 4, la recomendación es hacer una operación de Hartmann, tanto por las condiciones locales como por el compromiso séptico de los pacientes, con alto riesgo de dehiscencia de una anastomosis y la consiguiente mortalidad¹⁴. La morbilimortalidad está dada más por las condiciones del paciente que por la técnica misma, la que es bastante segura. Debe consi-

derarse que se requerirá de una segunda cirugía para reconstituir el tránsito, la que actualmente se intenta por vía laparoscópica, con mejores resultados que por vía abierta.

Resumen

La enfermedad diverticular ha aumentado su incidencia, bajando la necesidad de cirugía de urgencia a expensas de la electiva. Cerca de 25% de los casos de diverticulitis requerirán cirugía. La indicación electiva de cirugía debe ser individualizada considerando la probabilidad de recurrencia, las condiciones del paciente, su estilo de vida y el tipo de crisis que ha tenido. Actualmente la cirugía electiva debiera ser idealmente laparoscópica por llevar aparejada mejor recuperación y menores complicaciones. En las indicaciones de urgencia están los abscesos y perforaciones locales que no ceden a manejo médico o por punción. En un buen número de estos casos es factible realizar resección y anastomosis primaria. En peritonitis purulenta podemos hacer también resección y anastomosis con o sin protección o eventualmente aseó laparoscópico y cirugía definitiva electiva en casos seleccionados. Para peritonitis fecaloidea o en pacientes muy comprometidos en las situaciones antes descritas lo más seguro es la operación de Hartmann.

Palabras clave: Diverticular, diverticulitis, complicada, cirugía.

Referencias

- 1.- Etzioni DA, Mack TM, Beart Jr RW, Kaiser AM. Diverticulitis in the United States: 1998-2005. Changing Patterns of Disease and Treatment. *Ann Surg* 2009; 249: 210-17.
- 2.- Nelson RS, Ewing BM, Wengert TJ, Thorson AG. Clinical outcomes of complicated diverticulitis treated nonoperatively. *Am J Surg* 2008; 196: 969-74.
- 3.- Kaiser AM, Jiang J-K, Lake JP, Ault G, Artynian A, González-Ruiz C, et al. The management of complicated diverticulitis and the role of computed tomography. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 910-7.
- 4.- Feingold D, Steele SR, Lee S, Kaiser A, Boushey R, Buie WD, et al. Practice parameters for the treatment of sigmoid diverticulitis. *Dis Col Rect* 2014; 57: 284-94.
- 5.- Faria GR, Almeida AB, Moreira H, Pinto-de-Souza J, Correia-da-Silva, Pimenta AP. Acute diverticulitis in younger patients :any rationale for a different approach? *World J Gastroenterol* 2011; 17: 207-12.
- 6.- Binda GA, Serventi A, Altomare DF. Multicenter observational study of the natural history of left -sided acute diverticulitis. *Br J Surg* 2012; 99: 276-85.
- 7.- Anaya DA, Flum DR. Risk of emergency colectomy and colostomy in patients with diverticular disease. *Arch Surg* 2005; 140: 681-5.
- 8.- Gervaz P, Inan I, Perneger T, Schiffer E, Morel P. A prospective, randomized single-blind comparison of laparoscopic versus open sigmoid colectomy for diverticulitis. *Ann Surg* 2010; 252: 3-8.
- 9.- Schwenk W, Haase O, Neudecker J, Müller JM. Short term benefits of laparoscopic colorectal resection. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 20: CD003145.
- 10.- Melkonian E, Rodríguez M, Contreras D, Opazo P, Robles I, Bravo M. Colectomía parcial laparoscópica electiva por enfermedad diverticular. *Rev Chil Cir* 2011; 63: 59-63.
- 11.- Thaler K, Baig MK, Berho M, Weiss EG, Noguera JJ, Arnaud JP. Determinants of recurrence after sigmoid resection for uncomplicated diverticulitis. *Dis Col Rect* 2003; 46: 385-8.
- 12.- Hinchey E, Schaal P, Richards G. Treatment of perforated diverticular disease of the colon. *Adv Surg* 1978; 12: 85-109.
- 13.- Dharmarajan S, Hunt SR, Bimbaum EH, Fleshman JW, Mutch MG. The efficacy of nonoperative management of acute complicated diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 2011; 54: 663-71.

- 14.- Constantinides VA, Tekkis PP, Athanasiou T, Aziz O, Purkayastha S, Remzi FH, et al. Primary resection with anastomosis vs. Hartmann's procedure in nonelective surgery for acute colonic diverticulitis: a systematic review. *Dis Colon Rectum* 2006; 49: 966-981.
- 15.- 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; 95: 97-101.
- 16.- Swank HA, Mulder IM, Hoofwijk AGM, Nienhuijs SW, Lange JF, Bemelman WA, et al. Early experience with laparoscopic lavage for perforated diverticulitis. *Br J Surg* 2013; 100: 704-10.