

LAVADO LAPAROSCOPICO EN UN PACIENTE CON DIVERTICULITIS COMPLICADA CON REINGRESO PRECOZ POR RECAIDA

Carlos Alberto Sandoval Aquino*, David Lacasa Martín**.

* MIR de Medicina de Familia y Comunitaria. ** Facultativo Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital del Bierzo. Ponferrada. León. España.

Correspondencia: carbeto099@yahoo.com (Carlos Alberto Sandoval Aquino).

ABSTRACT:

Introducción: La diverticulitis es un proceso inflamatorio que resulta de la infección de un divertículo con micro o macro perforación de la pared y que puede extenderse a las estructuras vecinas. Las indicaciones para tratamiento quirúrgico son: episodios recurrentes y diverticulitis complicada.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente tratada inicialmente con manejo conservador y que reingresó precozmente con un cuadro evolucionado, y que a pesar de ello pudo ser manejado con éxito por un procedimiento mínimamente invasivo y sin confección de estoma.

Discusión: El abordaje mínimamente invasivo en la enfermedad diverticular (ED) ha ido ganando aceptación, pero la evidencia actual a favor de la cirugía laparoscópica se centra especialmente en el tratamiento electivo de la ED, siendo menos categórica respecto a sus ventajas en el cuadro agudo.

Conclusiones: El lavado peritoneal se ha constituido últimamente como una opción factible para el manejo mínimamente invasivo del episodio agudo.

Palabras clave: Enfermedad diverticular, lavado peritoneal, tratamiento quirúrgico, laparoscopia.

PRESENTACION Y COMENTARIO DEL CASO:

Introducción:

La diverticulosis de colon afecta aproximadamente a un tercio de la población mayor de 50 años y hasta al 60% de los adultos mayores de 80 años en los países occidentales. Aproximadamente un 20% de estos pacientes sufrirán una diverticulitis aguda (DA) a lo largo de la vida. El tratamiento del episodio de DA depende de la gravedad de la presentación, con opciones desde el reposo digestivo y uso de antibióticos en los casos más simples (incluso ambulatoriamente), hasta resecciones intestinales de urgencia con colostomía proximal en pacientes con peritonitis.

Desde su introducción a inicios de los años 90, el abordaje mínimamente invasivo en la enfermedad diverticular (ED) ha ido ganando aceptación, pero la evidencia actual a favor de la cirugía laparoscópica se centra especialmente en el tratamiento electivo de la ED, siendo menos categórica respecto a sus ventajas en el cuadro agudo. Aun así, el lavado peritoneal con/sin drenaje se ha constituido últimamente como una opción factible para el manejo mínimamente invasivo del episodio agudo; el lavado laparoscópico en diverticulitis perforada no fecaloidea 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 (1).

Caso clínico:

Paciente mujer de 60 años que acude al servicio de urgencias con un cuadro de dolor abdominal de 24 horas, secundario a toma de laxantes tipo estimulantes por

estreñimiento de 48 horas de evolución. A la exploración paciente febril (38.7^o.c), tensión arterial: 140/80, frecuencia cardíaca: 102 lpm, saturación O₂: 98%, quejumbrosa en posición antiálgica. Abdomen: globuloso, timpánico, doloroso con predominio de epigastrio y hemiabdomen izquierdo, Blumberg (+), ruidos hidroaéreos incrementados, puño percusión renoureteral (-) bilateral, resto de exploración no significativa. Antecedente personales: Hipertensión arterial / Dislipidemia / Estreñimiento crónico. Cirugías Previas: amigdalectomizada / artrodesis L4-L5 y L5-S1 / Quiste de cuero cabelludo. Tratamiento habitual: hipolipemiente / No alergia a medicamentos.

Analítica: Leucocitos: 15000/ml (neutrófilos: 82.3%) Glucosa: 166 mg/dl., Urea: 19 mg/dl., Creatinina: 0.76 mg/dl, Sodio: 137 mmol/L, Potasio: 3.3 mmol/L, Cl: 98 µmol/L, AST: 17 U/L, Amilasa: 32 g/L.

TAC abdomino-pélvico urgente 1: En la unión rectosigmoidea se observa diverticulitis perforada con importante componente inflamatorio en la pelvis y múltiples lengüetas de líquido, proceso que engloba de forma parcial al íleon medio.

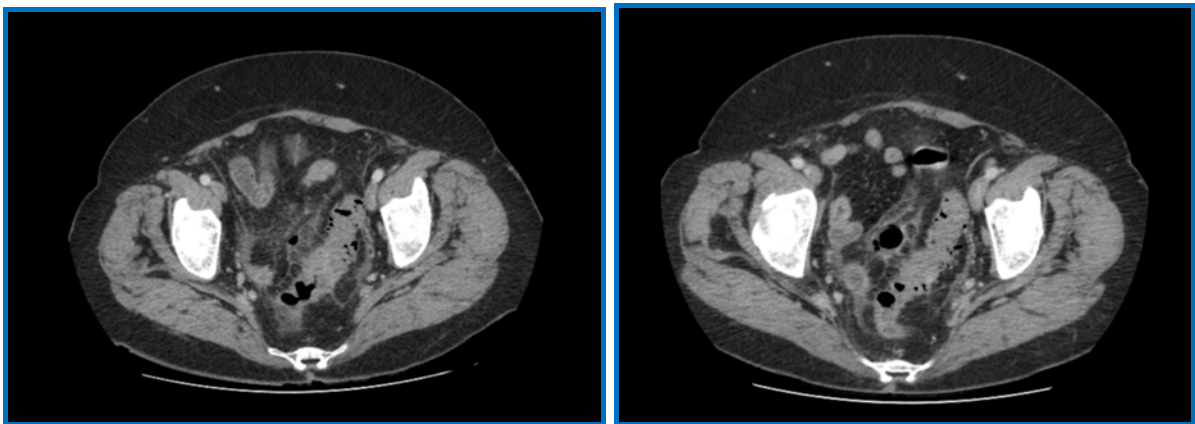
Se inicia tratamiento con Imipenen 1 gr cada 8 horas, con buena evolución de dolor abdominal y fiebre al 3er día de tratamiento.

TAC abdomino-pelvico control-1: Se observa una marcada disminución de los cambios inflamatorios pélvicos localizándose dos pequeñas colecciones de contenido fundamentalmente aéreo adyacentes a la unión rectosigmoidea de 2,5 y 2,7 cm.

La paciente estuvo ingresada 9 días, presentando mejoría clínica y radiológica, por lo que se le da alta hospitalaria con indicación de Amoxicilina/ Ácido clavulámico 875/125 mg. vía oral cada 8 horas, paracetamol 1 gr. cada 8 h si dolor y reposo relativo.

Vuelve a Urgencias a los 2 días del alta con cuadro de dolor abdominal de moderada intensidad en hipogastrio, no fiebre, no náuseas, no vómitos, ni otros síntomas asociados.

TAC abdomino-pélvico URGENTE-2: Con respecto a estudio previo se observa un crecimiento de la colección de predominio gaseoso adyacente al sigma, actualmente con diámetro de 35 x 57 mm con pequeña cantidad de líquido libre y estricción de la grasa (ver **figuras 1a y 1b**).



Figuras 1a y 1b. Colección de 35 x 57 mm. adyacente al sigma con líquido libre.

Se decide tratamiento quirúrgico urgente; se realiza exploración laparoscópica, encontrando cavidad inflamatoria retrovesical sin pus ni perforación evidente. Se realiza lavado, aspirado posterior y drenaje de Jackson-Pratt (ver **figuras 2-11**).

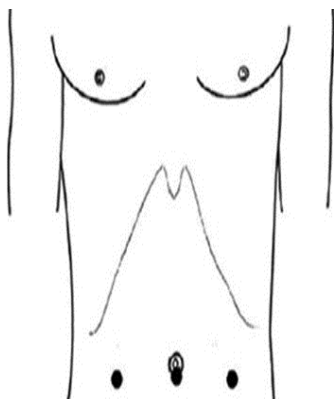


Fig 2: Colocación de puertos. Un trócar de Hasson de 10mm umbilical para óptica de 10mm-30°, 1 x 5mm flanco derecho, 1 x 5 mm flanco izdo en posición teórica de colostomía y para salida de drenaje. Aspirador/lavador alto flujo tipo Elephant®. Grasper atraumáticos Applied® y bisturí armónico Ethicon®



Figura 3. Asa fija en pelvis, adherida a mesosigma y peritoneo retrovesical, con líquido libre en pelvis: no peritonitis fecaloidea o difusa.

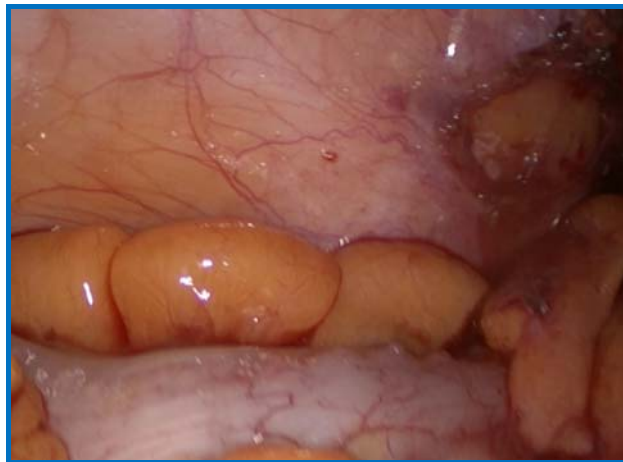
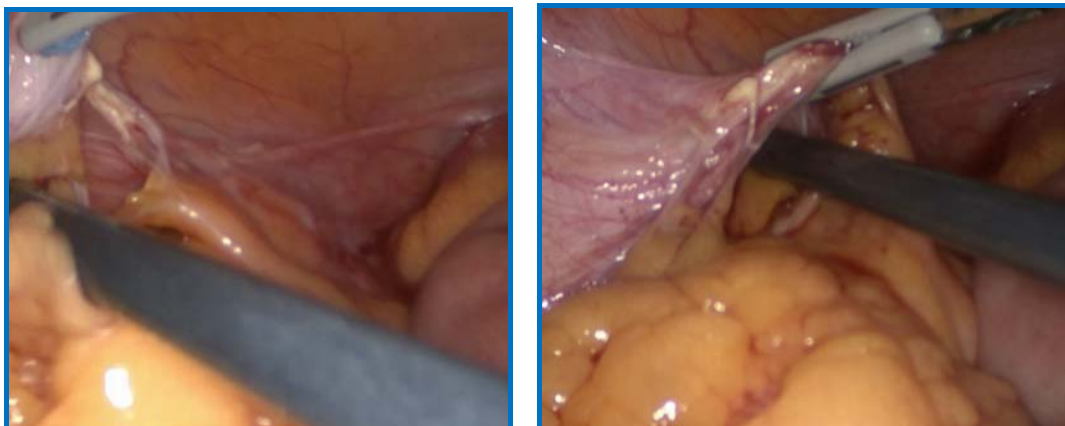
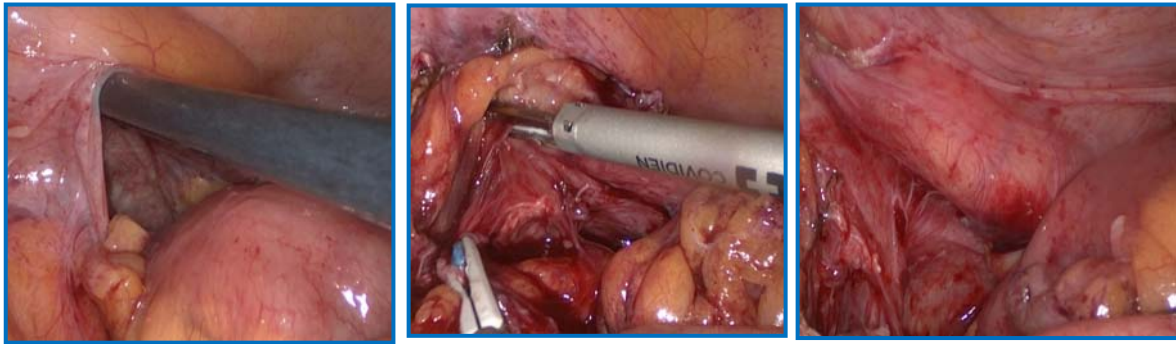


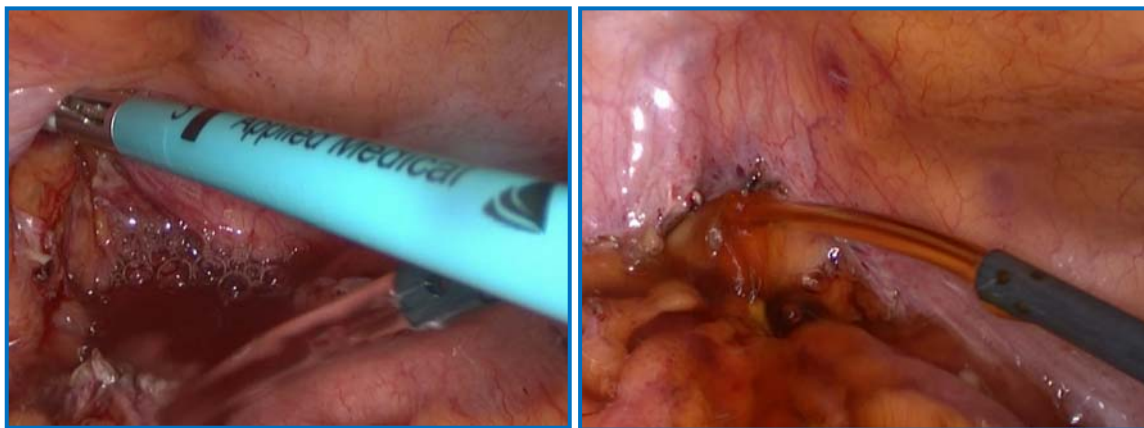
Figura 4: Unión de descendente-sigma con divertículos de pequeño tamaño en borde antimesentérico. No signos de flemón o perforación en este segmento



Figuras 5 y 6.- Despegamiento del asa afectada, se observa fibrina en el parietocólico.



Figuras 7, 8 y 9.- Secuencia de liberación y desbridamiento de cavidad retrovesical. En ningún momento se objetiva perforación del flemón sigmoideo



Figuras 10 y 11.- Lavado con 3 litros de suero salino, el último con 20 cc de povidona yodada. El procedimiento finaliza con drenaje Jackson Pratt exteriorizado por el trócar de 5 mm izquierdo.

Después del procedimiento quirúrgico se indica Piperacilina/tazobactam 4/0.5 g cada 6 horas, presentando buena evolución. Se reinicia tolerancia oral a las 48 horas y se le da de ALTA HOSPITALARIA al 7º día postoperatorio. En el seguimiento, la paciente no ha precisado reingreso y se encuentra asintomática. La colonoscopia de control a las seis semanas ha mostrado enfermedad diverticular de sigma y descendente no complicada, sin estenosis ni pólipos o tumores.

Discusión:

La diverticulitis es un proceso inflamatorio por infección de un divertículo con micro o macro perforación que puede extenderse a las estructuras vecinas (2).

La cirugía electiva puede plantearse en pacientes con perforación contenida, obstrucción intestinal, estenosis, fístula, pacientes en los que el carcinoma colónico no puede ser descartado. Las guías de la Sociedad Americana de Cirujanos del Recto y Colon han puesto en evidencia que actualmente el número de ataques de diverticulitis no complicada, no son el factor principal para decidir la cirugía programada. En el Congreso de la Sociedad Americana de Cirujanos del Colon y Recto en junio del 2012, el Dr. Takano presentó una revisión retrospectiva de 218 pacientes, 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 (3), (5).

La cirugía de urgencia está indicada en pacientes con contaminación peritoneal avanzada (Hinchey III y IV), pacientes con evidencia de obstrucción intestinal significativa, perforación y pacientes inmunocomprometidos (4), (5).

Los divertículos cólicos son un **trastorno adquirido** cuyos principales factores de riesgo son el déficit de fibra dietética y la edad. El déficit de fibra al disminuir el volumen fecal y enlentecer el tránsito cólico, favorece la excesiva segmentación del colon y la generación de elevadas presiones intracólicas originando los divertículos. Por otra parte, en el envejecimiento hay un debilitamiento de la pared cólica, por cambios en la composición del colágeno y con el depósito de elastina en la pared del colon que facilita la formación de divertículos (6).

En un paciente con divertículos con la finalidad de no incrementar la noxa a nivel de la pared colónica se debe recomendar seguir una dieta rica en fibra (30-35

g/día), aumento de la actividad física, disminuir el consumo de carne roja y grasa, y así mismo evitar la constipación (7).

La constipación o estreñimiento puede ser de distinta etiología, sin embargo luego de descartar su origen orgánico específico, el abordaje terapéutico radica en las recomendaciones a seguir por parte del paciente y en el uso de laxantes de forma secuencial como medio de ayuda a la defecación (8).

Conclusiones:

El lavado peritoneal se ha constituido últimamente como una opción factible para el manejo mínimamente invasivo del episodio agudo de la diverticulitis.

Declaraciones y conflicto de intereses: los autores declaran que el manuscrito ha sido revisado y aprobado por todos los autores y que no presenta conflicto de intereses.

Bibliografía:

1. Rogers AC, Collins D, O'Sullivan G, et al. Laparoscopic lavage for perforated diverticulitis: a population analysis. *Dis Colon Rectum.* 2012; 55:932-8.
2. Hinchey EJ, Schaal PG, Richard GK. Treatment of perforated diverticular disease of the colon. *Advances in Surgery.* 1978; 12:85-109.
3. Medina Fernández FJ, Díaz Jiménez N, et al. Nueva tendencias en el manejo de la diverticulitis y la enfermedad diverticular del colon *Rev. Esp. Enferm.Dig. (Madrid)* Vol. 107, N°3, pp. 162-170, 2015
4. Aydin HN, Remzi FH. Diverticulitis: when and how to operate? *Dig Liver Dis* 2004; 36: 435–45.
5. Dharmarajan S, Hunt SR, Birnbaum EH, et al. The efficacy of nonoperative management of acute complicated diverticulitis. *Dis Colon Rectum.* 2011; 54:663-71.
6. Moreno-Osset E, Mora Miguel F. Enfermedad Diverticular del colon. Tratamiento de las Enfermedades Gastroenterológicas. Capítulo 16. 3era edición de la AEG.
7. Parra A., Nicolás D. Enfermedad Diverticular de colon. AEG: Archivos de Ayudas Practicas.
8. Safish SC Rao. MD. PhD. FRCP Constipation in the older adult. Uptodate Marzo 2011, 2015.