

Enfermedad diverticular del colon: diagnóstico y tratamiento

Colonic diverticular disease: diagnosis and treatment

Dr. René Rocabruna Pedroso

Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar de Cirugía. Facultad de Ciencias Médicas Finlay-Albarrán, I.S.C.M.-H. Miembro del Grupo Nacional de Cirugía.

DEFINICIONES

Diverticulosis: presencia de múltiples divertículos en este segmento del tubo digestivo no complicados.

La enfermedad diverticular del colon: está presente cuando las manifestaciones sintomáticas tienen su origen en el colon.

Diverticulitis: inflamación localizada de los divertículos.

La diverticulosis puede complicarse dando lugar a sangramiento y diverticulitis aguda. La diverticulitis aguda no resuelta puede dar lugar a las siguientes complicaciones: plastrón, perforación libre en cavidad peritoneal, absceso intraperitoneal, fístulas intestinales (externas o internas) y oclusión mecánica del intestino delgado o grueso.

1. Diverticulitis aguda del colon

1.1 Diagnóstico

Durante la crisis este se basará, fundamentalmente, en la clínica y se realizará mediante:

1.1.1. Antecedentes: que son, por lo general de crisis similares.

1.1.2. Síntomas y signos:

1.1.2.1. Dolor abdominal fijo, fundamentalmente en el cuadrante inferior izquierdo e hipogastrio.

1.1.2.2. Diarreas, acompañadas, en ocasiones, con sangre.

1.1.2.3. Fiebre.

1.1.2.4. Signos de irritación peritoneal, a veces discretos, en la fosa ilíaca izquierda e hipogastrio.

1.1.2.5. Tacto rectal o vaginal. Excluirá otra enfermedad y precisará los caracteres de las heces fecales. Puede haber dolor en el fondo de saco de Douglas.

1.1.3. Exámenes de diagnóstico:

1.1.3.1. Durante las crisis se harán los exámenes habituales de laboratorio.

1.1.3.2. Laparoscopia en los hospitales que cuenten con este medio de diagnóstico

1.1.4. Una vez pasada la crisis se relizarán los exámenes siguientes:

1.1.4.1. Rectosigmoidoscopia, para descartar otra enfermedad, especialmente cáncer.

1.1.4.2. Examen radiológico de colon por enema, con bario diluido a baja presión bajo pantalla de televisión. Debe complementarse con un examen de vaciamiento. Neumocolon en aquellos casos cuyo diagnóstico ofrezca dudas.

1.2. Tratamiento

1.2.1. Médico: la diverticulitis aguda no complicada requiere tratamiento médico, que consistirá en:

1.2.1.1. Hospitalización y reposo.

1.2.1.2. Supresión de la vía oral para la alimentación.

1.2.1.3. Hidratación parenteral.

1.2.1.4. Antibióticos: de preferencia, Cefazolina, Cefotaxime o Ceftriaxone, a dosis, frecuencia y vía adecuadas, asociadas a Metronidazol o Clindamicina (Ver tema de antibióticos).

1.2.1.5. Administración de parasimpaticolíticos.

1.2.1.6. Una vez mejorado el estado del paciente se comenzará la alimentación por vía oral, con dieta líquida y, después blanda.

Al dar alta al paciente se le impondrá:

- a) tratamiento de la obesidad.
- b) supresión de bebidas alcohólicas y de las que contengan cafeína
- c) Tratamiento de la constipación: dieta con residuos y metilcelulosa en tabletas.

Están proscritos los laxantes irritantes, catárticos, enemas y supositorios.

1.2.2. Quirúrgico

1.2.2.1. En las lesiones localizadas, cuando recurren los episodios de diverticulitis, a pesar de un régimen estricto.

1.2.2.2. La operación se realizará 2 3 meses de haber pasado el estado agudo.

1.2.2.3. Cuando exista sospecha de cáncer, se operará lo antes posible.

1.2.3. Detalles de técnica:

1.2.3.1. Resección del segmento patológico con anastomosis término-terminal en un solo tiempo.

1.2.3.2. La sutura se realizará en uno o dos planos a puntos interrumpidos.

1.2.3.3. Se realizará biopsia por congelación de la lesión.

2. Plastrón diverticular

2.1 Diagnóstico: Se establecerá ante la existencia de diverticulitis aguda.

2.1.1. Síntomas y signos:

2.1.1.1 Palpación de un tumor o empastamiento firme, irregular y doloroso en el abdomen inferior generalmente en la fosa ilíaca izquierda o el hipogastrio.

2.1.1.2 Exámenes de diagnóstico: Se realizaran hemogramas y eritrosedimentación seriados

2.1.1.3 Ultrasonido: Imagen compleja que ocupa la fosa Iliaca izquierda e hipogastrio.

2.2 Tratamiento: Será igual al de la diverticulitis aguda durante dos semanas. Si el proceso no regresa con este tratamiento, se realizará colostomía proximal derivativa. Se realizará resección del segmento de colon patológico con anastomosis término-terminal, a los 2-3 meses de la eliminación del proceso.

Si se sospecha malignidad se debe anticipar la resección. En un tercer tiempo se practicará el cierre de la colostomía.

3. Perforación libre en la cavidad peritoneal

3.1. Diagnóstico: Se hará sobre la base de: antecedentes de diverticulitis, síntomas y signos generales y locales de peritonitis aguda y; a veces, cuando exista neumoperitónéo.

3.1.1 Exámenes de diagnóstico: Se harán los habituales de laboratorio, en el caso que haya manifestaciones de abdomen agudo. Se realizará además examen radiológico simple de abdomen con visualización de los hemi diafragmas en posiciones supina y de pie o de Pancoast, sobre el lado izquierdo. Puede realizarse punción abdominal posterior al estudio radiológico.

3.2. Tratamiento quirúrgico de urgencia:

3.2.1 Período preoperatorio: además de las medidas necesarias en toda operación abdominal urgente, se administrarán antibióticos de amplio espectro en venoclisis, tan pronto se haya hecho el diagnóstico.

3.2.2 Detalles de técnica: se realiza laparotomía por incisión paramedia derecha o izquierda amplia, supra e infra umbilical; aspiración cuidadosa de la cavidad peritoneal. Se toma muestra para cultivo y antibiograma. Según la localización del divertículo perforado se realizará:

3.2.2.1 Exteriorización de la perforación cuando sea posible.

3.2.2.2 Sutura de la perforación y colostomía proximal derivativa (ver normas de colostomías)

3.2.2.3. En un segundo tiempo, resección del segmento patológico del colon con anastomosis término-terminal en aquellos pacientes en los que se haya exteriorizado o suturado el sitio de la lesión.

3.2.2.4. Cuando se haya realizado la sutura de la perforación y la colostomía proximal, será necesario un tercer tiempo quirúrgico para cerrar la colostomía y restablecer el tránsito intestinal.

3.2.2.5. En caso de no ser posible los procedimientos anteriores y las condiciones del paciente lo permitan, se realizará resección del segmento patológico con cierre del cabo distal y colostomía proximal.

- 3.2.2.6. En un segundo tiempo se restablece el tránsito intestinal.
- 3.2.2.7. Se dejará drenaje de la cavidad abdominal, especialmente de la pelvis y fondo de saco de Douglas.

4. Absceso intraperitoneal

Se localiza, generalmente, en la pelvis como consecuencia de la existencia de peritonitis por perforación diverticular.

4.1. Diagnóstico: este se hará ante la existencia de antecedentes de diverticulitis aguda de evolución no favorable, tenesmo rectal y deposiciones glerosas en las localizaciones pelvianas.

4.1.1 Síntomas y signos:

- 4.1.1.1 Persistencia de las manifestaciones sépticas generales.
- 4.1.1.2 Tumefacción o empastamiento abdominal muy doloroso en relación con la localización del absceso.
- 4.1.1.3 Tacto rectal y/o vaginal. En los abscesos de localización pelviana, se palpará el fondo de saco de Douglas abombado y muy doloroso.
- 4.1.1.4 Se confirmará el diagnóstico mediante punción y aspiración de pus. Se utilizará un trocar adecuado empleando la vía más directa de acuerdo con la localización del absceso: fondo del saco vaginal posterior o cara anterior del recto en la localización pelviana; se realizará cultivo y antibiograma.

Puede realizarse ultrasonido diagnóstico y punción del absceso bajo control ultrasónico cuando las condiciones lo permitan.

4.2. Tratamiento

- 4.1.1 Antibióticoterapia parenteral ; medidas generales de sostén.
- 4.1.2 Drenaje amplio del absceso por la vía más directa: colpotomía posterior o proctostomía anterior, en los abscesos pelvianos.
- 4.1.3. Colostomía proximal derivativa: en un segundo tiempo después de 23 meses se realizará la resección del segmento patológico del colon con anastomosis término-terminal. En un tercer tiempo se cerrará la colostomía.

5. Fístulas intestinales

5.1.Externas (Ver normas)

5.2. Internas: estas se comunican, por lo general, con el intestino delgado, la vejiga, el utero o la vagina.

5.2.1.Diagnóstico: se hará ante la presencia de antecedentes de diverticulitis aguda o signos y síntomas digestivos, urinarios o genitales, de acuerdo con la localización de la fístula.

Exámenes de diagnóstico:

- a. Rectosigmoidoscopia.
- b. Cistoscopia.

5.2.2 Exámenes radiológicos:

- a. Colon por enema con bario fluido.
- b. Tránsito intestinal.
- c. Uretrocistografía.

5.3 Tratamiento

5.3.1 Fístula coloentérica:

- a. Preparación previa del colon (ver normas).
- b. Resección del trayecto fistuloso junto con los segmentos afectados del colon e intestino delgado. Se restablecerá de primera intención, el tránsito intestinal en ambos segmentos.

5.3.2 Fístula colovesical y colovaginal:

- a. Primer tiempo: colostomía proximal derivativa.
- b. Segundo tiempo:
 - Preparación previa del colon.
 - Resección del trayecto fistuloso y los segmentos afectados de los órganos involucrados.
 - Restablecimiento, desde el inicio, de la continuidad intestinal.
 - Si la fístula es vesical: sutura de la vejiga en dos planos, con catgut intestinal cromado #000, separados sin interesar la mucosa. Cistostomía o sonda de Foley. Drenaje supra púbico por contrabertura.
 - Si la fístula es uterina o vaginal: sutura del útero o de la vagina en

- dos planos. Histerectomía si fuera necesario.
- En el tercer tiempo cierre de la colostomía.

6. Oclusión intestinal

Puede ser del: intestino delgado (por bridas o adherencias) o del colon (ver normas de oclusión intestinal).

7. Sangramiento

7.1. Diagnóstico

- 7.1 Antecedentes de diverticulitis.
- 7.2. Síntomas y signos.
- 7.3 Enterorragia.
- 7.4 Exámenes diagnósticos:

- 7.4.1 Rectosigmoidoscopia para descartar la existencia de cáncer.
- 7.4.2 Arteriografía selectiva de la arteria mesentérica superior e inferior.
- 7.4.3 Estudio radiográfico del colon.

7.2. Tratamiento: el sangramiento se controla, casi siempre, con el tratamiento médico. En muchas ocasiones se detiene el sangramiento con la realización del colon por enema.

- 7.2.1 Reposición del volumen de la sangre perdida.
- 7.2.2 Hidratación parenteral.
- 7.2.3 Antibióticos por vía parenteral.
- 7.2.4 No vía oral.
- 7.2.5 Si el sangramiento es masivo o incontrolable, se hará el tratamiento quirúrgico siguiente:

7.2.5.1 Si la lesión sangrante no ha sido localizada: se realizará colostomía del transverso, que permitirá localizar el asiento de la lesión. Si es del colon de recto se realizará hemicolectomía derecha con ileotransversostomía término-terminal.

Si es de colon izquierdo, acorde con el estado del paciente, se efectuará la colostomía derivativa o hemicolectomía izquierda por la técnica de Hartman. En caso de colostomía, la resección se realizará, de ser posible, en un segundo

tiempo y, en un tercer tiempo se hará el cierre de la colostomía.

En caso de resección del tipo Hartman, se hará en un segundo tiempo la restitución del tránsito intestinal, mediante anastomosis término-terminal del cabo proximal y el distal desfuncionalizado. Puede realizarse colostomía transversa de seguridad, que exige un tercer tiempo para efectuar el cierre de la misma una vez garantizada la integridad de la anastomosis y su permeabilidad.

* La presente es una reproducción actualizada de los temas que integran el *Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Cirugía*, de la autoría del Grupo Nacional de Cirugía del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP), el cual fue reimpresso por última vez en 1994. La *Revista Cubana de Cirugía* lo pone a disposición de los cirujanos cubanos y de todos los interesados, para que puedan utilizarlos en su trabajo diario y en beneficio de los pacientes.

Comité Editorial
Revista Cubana de Cirugía