

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE
LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2014

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA
ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL
COLON

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: SS-212- 09

CONSEJO DE
SALUBRIDAD
GENERAL



DIF
Nacional



ÍNDICE

1. Clasificación	3
2. Definición y Contexto.....	4
3. Historia Natural de la enfermedad diverticular del colon	5
4. Escalas de Clasificación Clínica.....	8
5. Diagramas de Flujo	9

1. CLASIFICACIÓN

CIE-10: K57.2: ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO
GRUESO CON PERFORACIÓN Y ABSCESO

K57.3 ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO
GRUESO SIN PERFORACIÓN NI ABSCESO

GPC: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD
DIVERTICULAR DEL COLON

2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO

ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON

La diverticulosis es la sola presencia de los divertículos en el colon, mientras que la enfermedad diverticular muestra un amplio espectro de signos y síntomas asociados con la diverticulosis, extendiéndose desde el discreto malestar en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen hasta las complicaciones de la diverticulitis y la hemorragia. La diverticulitis complicada se define como la acompañada de un absceso, fístula, obstrucción o perforación libre intrabdominal.

3. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON

La etiología de la enfermedad diverticular es multifactorial. Los divertículos del colon se forman por una combinación de aumento de la presión intraluminal en el colon y debilidad de la pared muscular. Esta hiperpresión localizada sería la consecuencia de una contracción muscular excesiva, aislando segmentos de sigmoides "tabicados". En el interior de estos segmentos se desarrollan fuerzas de pulsión muy elevadas favoreciendo una hernia de mucosa y submucosa en los puntos débiles de la pared. En las zonas más débiles de la pared del colon es donde entran los vasos sanguíneos.

En países occidentales la diverticulosis puede afectar a un tercio de la población mayor de 45 años de edad y a dos tercios de los mayores de 85 años; entre ellos, de 10% a 25% va a desarrollar diverticulitis.

La complicación más frecuente, la inflamación de los divertículos, puede manifestarse clínicamente como obstrucción, perforación o fistulización a una víscera vecina.

Otra manifestación más sutil es la colitis asociada a divertículos.

PREVENCIÓN

El bajo consumo de fibra y el estreñimiento crónico no son factores de riesgo para desarrollar diverticulosis; sin embargo, una dieta alta en fibra puede proteger contra el desarrollo de enfermedad diverticular.

Una dieta que contenga nueces, maíz y semillas no se asocia a un mayor riesgo de diverticulitis o sangrado diverticular.

DIAGNÓSTICO

INTERROGATORIO

La historia clínica debe identificar síntomas que sugieran una asociación con patología colónica y eventos que puedan sugerir síntomas de enfermedad diverticular existente.

EXPLORACIÓN FÍSICA

La presencia de taquicardia y fiebre pueden estar presentes en la diverticulitis. En el abdomen, el dolor en el cuadrante inferior izquierdo es sugestivo de la enfermedad, y la presencia de datos de irritación peritoneal sugiere una enfermedad complicada y más aún si hay pérdida de la matidez hepática.

En pacientes con episodios previos se puede palpar en el abdomen inferior una masa abdominal que corresponde a un flemón.

La hemorragia asociada a enfermedad diverticular puede ser de color vinoso o rojo fresco cuando ésta es masiva.

EXPLORACIÓN INSTRUMENTADA Y ENDOSCÓPICA

En pacientes con datos sugestivos de enfermedad diverticular o colitis asociada a divertículos es conveniente realizar la exploración endoscópica, para descartar una neoplasia maligna.

La anoscopia y la proctoscopia se utilizan en los pacientes con hemorragia para descartar causas proctológicas, como enfermedad hemorroidal.

La colonoscopia es el estudio de elección para confirmar que la hemorragia digestiva es de origen diverticular (criterios propuestos por Zuckerman, Prakash y Jensen): sangrado activo, vaso visible, coágulo adherido, y erosiones diverticulares.

La rectosigmoidoscopia o colonoscopia no está indicada si la sospecha clínica es de diverticulitis aguda no complicada o complicada.

ESTUDIOS DE IMAGEN

La diverticulitis aguda puede ser estudiada mediante:

Ultrasonido abdominal: es útil para corroborar el diagnóstico cuando no hay tomografía computada disponible

Tomografía computada de abdomen: es el estudio más útil, ya que además de corroborar el diagnóstico permite estadificar el padecimiento y normar el tratamiento. También permite detectar otras patologías abdominales

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO CONSERVADOR

Esta modalidad se aplica en los siguientes casos:

- Hinchey I: puede ser manejo ambulatorio (sin antibiótico) u hospitalario con manejo antibiótico en casos especiales
- Hinchey II: los abscesos menores de 4-5 cm pueden ser tratados sólo con antibióticos intravenosos. Cuando son de mayor tamaño se recomienda el drenaje percutáneo
- Pacientes con enfermedad, por TC, Hinchey III o IV, o clínicamente complicados con abscesos o perforación no se recomienda el tratamiento conservador

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE URGENCIA

- Pacientes con datos de peritonitis generalizada
- Pacientes Hinchey I sin mejoría a las 48 horas y quienes posterior al drenaje de un absceso no tienen mejoría en ese mismo lapso
- Procedimiento de elección: resección de sigmoides con anastomosis primaria e ileostomía protectora
- El procedimiento de Hartmann es la segunda opción
- La cirugía laparoscópica es factible para cirujanos expertos

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ELECTIVO

- Se debe individualizar cada paciente, ya que el número de episodios previos no es determinante para realizar la cirugía (no está justificada la cirugía después del primer episodio en pacientes menores de 50 años de edad)
- Pacientes con fístula, estenosis o sospecha de cáncer requieren tratamiento electivo
- Puede realizarse por vía laparoscópica

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN SITUACIONES ESPECIALES

- Realizar la sigmoidectomía en todo paciente inmunosuprimido

CONSIDERACIONES ESPECIALES DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- No está justificada la preparación mecánica del colon
- La pieza quirúrgica debe tener como margen distal el recto proximal y el margen proximal debe incluir la resección del segmento inflamado. No es necesario reseca todo el colon que tenga divertículos

No es necesario dejar drenajes para prevenir complicaciones de la anastomosis u otras.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Dependiendo de la experiencia del coloproctólogo o cirujano general referir a los pacientes por:

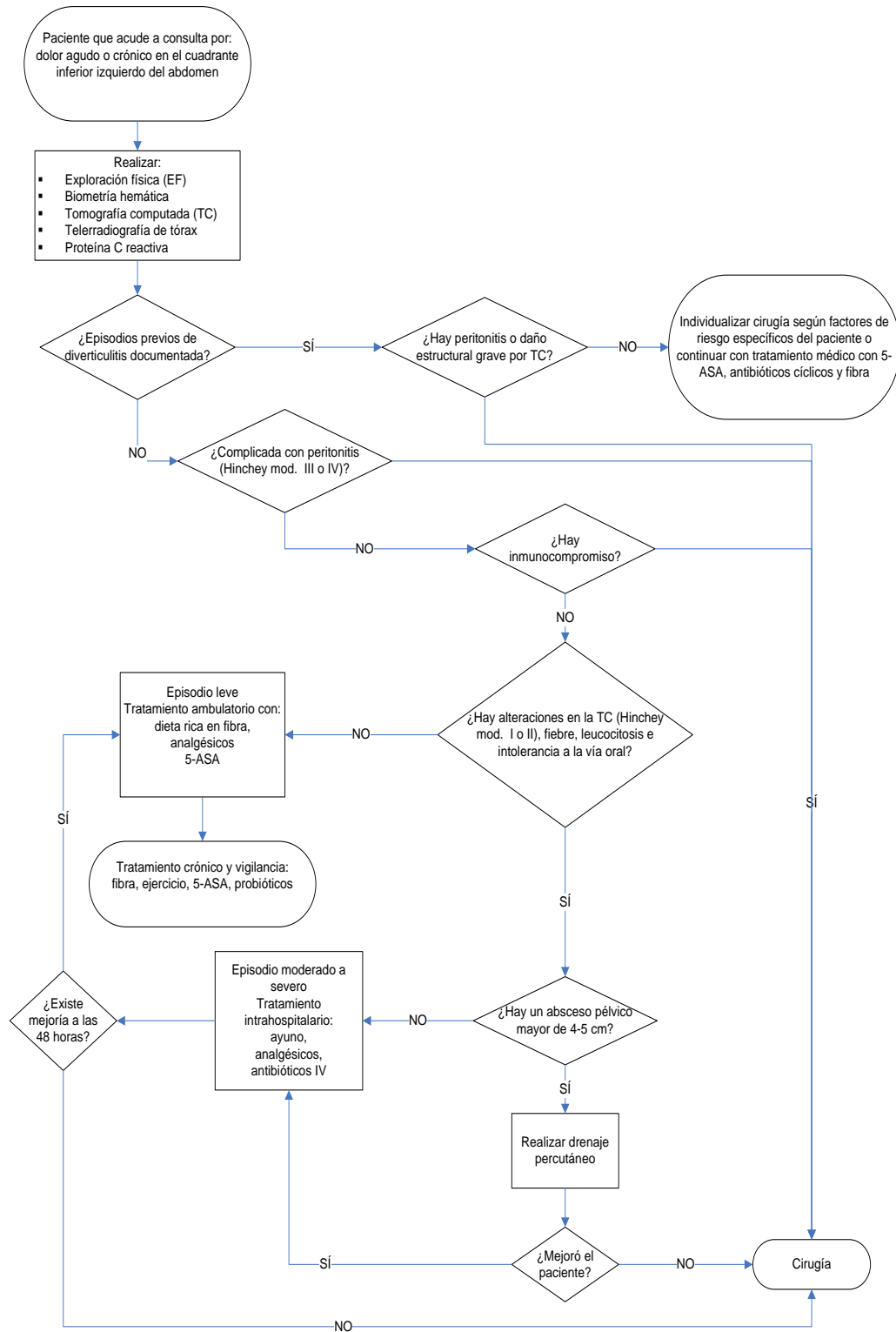
- Recurrencia de la diverticulitis
- Falta de recursos o experiencia para tratar diverticulitis complicada

4. ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA

Para clasificar los hallazgos por TC, la utilización de la escala modificada de **Hinchey** por Kaiser es una buena opción, ya que permite establecer la extensión de la enfermedad y su impacto para la terapéutica que se utilizará

Estadio 0	Diverticulitis leve
Estadio I a	Inflamación pericólica y flemón
Estadio I b	Absceso menor de 5 cm en la proximidad del proceso inflamatorio primario
Estadio II	Absceso intrabdominal, pélvico o retroperitoneal. Absceso distante al sitio inflamatorio primario
Estadio III	Peritonitis purulenta generalizada
Estadio IV	Peritonitis fecal

5. DIAGRAMAS DE FLUJO



Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
C.P. 06600 México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright Secretaría de Salud

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
2014

ISBN en trámite