



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
LICENCIATURA EN MEDICINA
HUMANA

MATERIA:
CLINICA QUIRURGICA
APENDICITIS Y DIVERTICULITIS.

DOCENTE:
DR. EDUARDO ZEVADUA.

ALUMNO:
DIEGO LISANDRO GÓMEZ TOVAR.

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS
CHIAPAS A; 26 DE OCTUBRE DE 2021

Realizará un resumen sobre Apendicitis

1) Definición

La apendicitis se define como la inflamación del apéndice vermiforme y representa la causa más común de abdomen agudo e indicación quirúrgica de urgencia en el mundo.

La apendicitis aguda es la principal causa de abdomen agudo quirúrgico, su frecuencia predomina en el grupo de edad comprendido entre los 10 y 30 años de edad, su diagnóstico es clínico, realizado con una historia clínica bien desarrollada y una exploración física completa. Clásicamente está descrita la evolución de su sintomatología; sin embargo, bajo circunstancias especiales se puede presentar un cuadro atípico o enmascarado principalmente en embarazadas, niños y ancianos, por lo tanto es importante conocer ampliamente su anatomía, fisiopatología y cuadro clínico, así como las fases de padecimiento a fin de descartar a mayoría de los diagnósticos diferenciales siendo apoyado en los laboratorios convencionales y de gabinete para dar el tratamiento oportuno y disminuir la morbimortalidad del paciente. Durante el pre y postoperatorio deben ser cubiertos los principales gérmenes dependiendo de la fase de padecimiento entre los que destacan entre los anaerobios *B. fragilis* y de los aerobios a *E. coli*.

2) Etiología

Presumiblemente la baja ingesta de fibra en la dieta en los países desarrollados predispone a la producción de heces duras, lo cual ocasiona una mayor presión intracólica con formación de fecalitos incrementada, con un riesgo mayor de la obstrucción de la luz apendicular, sin embargo, los estudios hasta este momento no han sido concluyentes.

Desde 1939 se demostró que la obstrucción de la luz apendicular produce una apendicitis. En especial la obstrucción luminal proximal por numerosos factores provoca el aumento de la presión intraapendicular, ya que la producción de moco es constante y la capacidad intraapendicular es apenas de 0.1 mL de capacidad. Lo anterior demuestra por qué la presión intraluminal puede elevarse hasta alcanzar rápidamente los 50-65 mmHg. Cuando la presión es de 85 mmHg o mayor, la presión venosa es excedida y el desarrollo de isquemia de la mucosa es inevitable. En este momento la trombosis de las vénulas que drenan el apéndice está presente.

Es en la fase I de la apendicitis en la cual se encuentra edematosa e hiperhémica. Con la congestión vascular la mucosa apendicular se vuelve hipóxica y comienza a ulcerarse, resultando en un compromiso de la barrera mucosa con la posterior traslocación de las bacterias intraluminales hacia la pared apendicular, presentándose la fase II de la apendicitis.

Este proceso inflamatorio progresa involucrando la serosa del apéndice que inflama el peritoneo parietal resultando en el cambio característico del dolor hacia la fosa ilíaca derecha. Si la presión intraluminal continúa elevándose se produce un infarto venoso, necrosis total de la pared y perforación, con la posterior formación de un absceso localizado o fase III de la apendicitis. Si en su defecto no se forma el absceso y en cambio se presenta una peritonitis generalizada se estará hablando de la fase IV de la apendicitis. Un estudio demostró que, dentro de la evolución de la apendicitis aguda, la gangrena apendicular se presenta a las 46.2 horas y la perforación a las 70.9 h.

La causa más común de la obstrucción intestinal son los fecalitos, seguido de la hiperplasia linfoidea, fibras vegetales, semillas de frutas, restos de bario de estudios radiológicos previos, gusanos intestinales y tumores como los carcinoides.

3) Factores de riesgo

Los factores de riesgo como la edad, sexo, automedicación, tiempo que demora en acudir a emergencia y el tiempo de la demora hasta el acto quirúrgico explican la presencia de apendicitis aguda complicada. Además de mantener una mala alimentación.

4) Epidemiología

La apendicitis aguda es la primera causa de abdomen agudo de resolución quirúrgica.

La mayoría de los estudios concuerdan en que el grupo de edad más afectado oscila entre los 10 y 19 años. Dentro de éste, los hombres resultan ser el género más afectado, con una frecuencia de 8,6 %, en comparación con un 6,7% en mujeres.

Por otro lado, se han pesquisado diferencias raciales y estacionales. Las tasas de apendicitis son 1,5 veces más altas en población blanca en comparación al resto. Se ha reportado que la apendicitis aguda suele presentarse un 11,3% más frecuentemente en verano.

No obstante, debido a los cambios demográficos, el aumento en la esperanza de vida y las mejores pruebas diagnósticas, se han pesquisado ciertos cambios en la epidemiología anteriormente descrita.

Si bien la apendicitis típicamente se presenta en el segundo y tercer decenios de la vida, casi 5 a 10% de los casos se manifiestan a edad avanzada. En los adultos mayores, esta enfermedad ha aumentado en los últimos decenios. La inflamación del apéndice contribuye a 2.5 a 5% de las enfermedades abdominales agudas en

personas de más de 60 a 70 años de edad. La tasa de mortalidad global por apendicitis es de sólo 0.8%, pero la vasta mayoría de las muertes se presenta en los muy jóvenes y en los adultos mayores. En pacientes menores de 65 años de edad, la tasa de mortalidad es de 0.2%, en tanto que para los mayores de 65 años la tasa de mortalidad global es de 4.6 %

5) Fisiopatología

La fisiopatología de la apendicitis aguda continúa siendo enigmática, sin embargo, existen varias teorías que intentan explicar esta patología. La más aceptada por los cirujanos describe una fase inicial que se caracteriza por obstrucción del lumen apendicular causada por hiperplasia linfoide, fecalitos, tumores o cuerpos extraños como huesos de animales pequeños, o semillas; esto favorece la secreción de moco y el crecimiento bacteriano, generándose entonces distensión luminal y aumento de presión intraluminal. Posteriormente se produce obstrucción del flujo linfático y venoso, favoreciendo aún más el crecimiento bacteriano y desencadenando la producción de edema.

En este momento encontramos un apéndice edematoso e isquémico, causando una respuesta inflamatoria. Esta isquemia a la que se somete al apéndice puede generar necrosis de la pared con translocación bacteriana, desarrollándose la apendicitis gangrenosa. Si este proceso se deja evolucionar y el paciente no es intervenido el apéndice ya gangrenoso se perfora y puede generar un absceso con peritonitis local siempre y cuando la respuesta inflamatoria y el omento logren contener el proceso, pero si estos son incapaces se producirá una peritonitis sistémica.

Otras teorías han sido descritas como el compromiso del suministro vascular intraapendicular, la ulceración de la mucosa por infección viral y posterior colonización bacteriana, así como una dieta pobre en fibra con enlentecimiento del tránsito intestinal y retención de las heces en el apéndice

6) Cuadro clínico

A pesar de los múltiples métodos diagnósticos con los que se cuenta en la actualidad, la historia clínica enfocada en la evolución del dolor y los síntomas asociados, así como los hallazgos obtenidos durante el examen físico son aún las piedras angulares del diagnóstico de la apendicitis. Históricamente el dolor es descrito de instauración aguda y localizado inicialmente a nivel epigástrico o periumbilical, posteriormente con el paso de las horas el dolor migra a la fosa iliaca derecha donde aumenta en intensidad, sin embargo, esto solo ocurre en un 50-60% de los casos.

Resulta importante tener en cuenta las consideraciones anatómicas y sus variantes ya que influyen en gran parte en la presentación del dolor, por ejemplo, con un apéndice en localización retrocecal el dolor puede iniciar en fosa iliaca derecha o en

flanco derecho, de la misma forma un apéndice largo que sobrepase la línea media puede producir dolor en el cuadrante inferior izquierdo.

Anorexia y náusea acompañan frecuentemente al dolor abdominal, el vómito puede presentarse, pero rara vez se presenta antes de la instauración del dolor.

Durante la evaluación del paciente se debe enfatizar en la localización del dolor y en los signos clásicos. Teniendo en cuenta que la positividad o negatividad de estos depende en gran parte de las variantes en la localización del apéndice, así como el tiempo transcurrido desde la instauración del dolor.

La temperatura es un mal predictor de apendicitis, sin embargo, la presencia de fiebre marcada y taquicardia advierten la posibilidad de perforación y formación de un absceso intraabdominal. En este punto resulta importante someter discusión el uso de analgesia en pacientes que se encuentran en observación por dolor abdominal, sobre todo, en aquellos que aún no cuentan con diagnóstico definitivo y en los que aún no se ha descartado la necesidad de cirugía.

Clásicamente se ha descrito que el uso de analgésicos puede atenuar o incluso abolir los signos sugestivos de apendicitis aguda, por lo que no deberían administrarse a estos pacientes. Sin embargo, la evidencia actual no respalda este juicio. Debe tomarse en cuenta que existen medicamentos con propiedades analgésicas puras (opioides), así como otros que adicionalmente cuentan con mecanismos de acción antiinflamatorios (como el caso de los antiinflamatorios no esteroideos), un estudio de casos y controles realizado por Frei y colegas mostró que los opioides no se asocian con el retraso del tratamiento, por otros lados los antiinflamatorios sí mostraron asociación con el retraso del tratamiento.

7) Diagnóstico: estudios laboratoriales y de gabinete

Radiológico

La radiografía simple de abdomen no debe ser utilizada de rutina, pero puede ser útil en casos de clínica atípica y duda diagnóstica, puede mostrar un fecalito, un íleo localizado, pérdida del patrón graso del peritoneo o una neumonía no sospechada. El neumoperitoneo solo se presenta en un 1-2% de los casos de apendicitis.

El ultrasonido (US) y la tomografía abdominal (TAC) han sido comparadas en los últimos años con el fin de afinar el diagnóstico de la apendicitis aguda (23-25). El TAC ha demostrado una sensibilidad y una especificidad de 94% y 95% en niños respectivamente y de 94% y 94% en adultos. En el mismo estudio el US mostró una sensibilidad y especificidad de 88% y 94% en niños respectivamente, y de 83% y 93% en adultos.

Otra desventaja del US es su conocida dependencia del conocimiento, habilidad y paciencia del sonografista que lo ejecuta e interpreta.

Algunos autores han promovido el uso protocolario del TAC en los pacientes que cumplen con criterios de sospecha de apendicitis aguda desde su admisión, pues demostraron reducción en costos de hospitalización y mejores resultados en dichos pacientes.

Desde que el uso del TAC se ha vuelto más popular en los Estados Unidos se han disminuido las tasas de apendicectomías negativas, sin embargo, no se ha demostrado mejoría alguna en los pacientes que presentan clínica clásica de apendicitis.

Realizar un TAC innecesariamente retrasa el diagnóstico y el tratamiento, por lo que se concluye que es preferible realizar el estudio en los casos en que exista duda diagnóstica.

Medicina nuclear

Se han utilizado glóbulos blancos marcados con tecnecio 99m, con una sensibilidad del 85%-95%, y con una reducción asociada de las apendicectomías negativas, otro método

ha sido el uso de Solesumab mostrando una sensibilidad del 95%, una especificidad del 90%, un valor predictivo negativo del 95% y un valor predictivo positivo del 90%. No obstante, estos estudios resultan costosos, retrasan el diagnóstico en varias horas y no se encuentran disponibles en todos los centros de salud ni en todo momento durante el día. No resultan además superiores a los estudios radiológicos.

Laboratorio

La mayoría de los pacientes cuentan con un hemograma previo a la realización de la cirugía

como parte de los estudios básicos, se observa muy frecuentemente leucocitosis entre 12 000 y 18 000 mm³. El conteo de leucocitos puede ser útil en el diagnóstico y en la exclusión de la apendicitis, mas no tiene valor en la diferenciación entre apendicitis complicada y no complicada.

Los análisis de orina son solicitados usualmente para excluir la posibilidad de infección del tracto

urinario cuando esta se sospecha, pudiéndose encontrar piuria y/o hematuria sin bacteriuria en

un tercio de los pacientes con apendicitis debido a la proximidad del uréter y la vejiga.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de la apendicitis aguda podría involucrar a toda entidad que cause dolor abdominal, sin embargo, existen algunas patologías que se confunden de manera más usual.

Diagnóstico diferencial de la apendicitis aguda
Población pediátrica
Obstrucción intestinal
Invaginación intestinal
Vólvulos intestinales
Adenitis mesentérica
Divertículo de Merckel
Gastroenteritis
Infarto omental
Mujeres
Embarazo ectópico
Torsión de quiste de ovario
Ruptura de folículo ovárico
Absceso tubárico / Salpingitis
Infección de tracto urinario
Adultos jóvenes
Ileitis terminal
Dolor herpético nervios 11 y 12
Pancreatitis
Neumonía
Pielonefritis
Cólico renoureteral
Adulto mayor
Diverticulitis colónica
Colecistitis aguda
Neoplasias de tracto gastrointestinal
Úlcera péptica perforada

8) Tratamiento

El tratamiento de la apendicitis aguda se basa en la resucitación inicial del paciente y el tratamiento quirúrgico definitivo.

Al momento del diagnóstico el paciente usualmente se encuentra deshidratado y puede estar febril,

acidótico y séptico. Por ello el médico debe preocuparse inicialmente por la administración de fluidos endovenosos y antibióticos preoperatorios.

Debe elegirse un antibiótico que sea activo contra la flora encontrada en el apéndice, correspondiente principalmente a microorganismos anaerobios, así como bacterias gram negativas.

El uso de antibióticos preoperatoriamente está firmemente justificado, pues disminuye complicaciones postquirúrgicas como la infección de la herida quirúrgica

y formación de abscesos intraabdominales. En caso de apendicitis aguda no perforada una dosis única de cefalotina o ampicilina resulta suficiente para lograr dicho beneficio. Sin embargo, en casos de apendicitis perforada se ha utilizado una triple asociación antibiótica con ampicilina, gentamicina y metronidazol/clindamicina. Estudios han comparado este esquema con otras asociaciones mostrando que la ticarcilina-clavulonato combinada con gentamicina es superior a la asociación de ampicilina-gentamicina-clindamicina en cuanto a tiempo de hospitalización y complicaciones postoperatorias. Así mismo la asociación ceftriaxona-metronidazol mostró los mismos resultados clínicos que la ampicilina-gentamicina metronidazol, pero con un costo menor.

El uso de antibióticos postoperatorios no adiciona ningún beneficio en el tratamiento de los pacientes con apendicitis aguda no perforada y a su vez aumentan los costos.

Tomando lo anterior en cuenta, el tratamiento óptimo en los casos de apendicitis aguda no perforada sería:

1. Resucitación inicial con fluidos endovenosos.
2. Administración de una dosis única de antibiótico preoperatorio, pudiendo ser cefalotina o ampicilina.
3. Apendicectomía en calidad de urgencia.

Sin embargo, esto no aplica para casos de apendicitis perforada, donde se ha propuesto el manejo no quirúrgico, con tratamiento antibiótico y posterior apendicectomía luego de 8-12 semanas de resuelto el cuadro. En estos casos es indispensable una observación estricta del paciente pues de no obtenerse mejoría clínica la cirugía estaría indicada. Así bien una bacteremia mayor al 15% pronostica una falla del tratamiento no quirúrgico hasta del 84% por lo que en estos casos debe de manejarse quirúrgicamente.

El lavado peritoneal nunca ha mostrado beneficio clínico. La toma de muestras de cultivos del líquido peritoneal tampoco ha mostrado beneficio clínico, sin embargo, estas prácticas aún siguen utilizándose de manera muy frecuente. Por otro lado, la inyección de bupivacaina en la herida quirúrgica ha mostrado disminución del dolor postoperatorio.

Respecto al procedimiento quirúrgico ha surgido la cuestión durante las últimas 2 décadas sobre cuál es el abordaje más beneficioso, si la técnica laparoscópica o la apendicectomía abierta. En adultos la técnica laparoscópica ha mostrado disminución en la aparición de infecciones de herida, dolor postoperatorio y estancia hospitalaria, teniendo en su contra un aumento en la incidencia de abscesos intraabdominales.

9) Pronóstico

El pronóstico de la apendicitis aguda es favorable siempre que el diagnóstico del proceso se realice de forma precoz y la intervención quirúrgica sin pérdida de tiempo. El diagnóstico tardío o la intervención quirúrgica con el proceso muy avanzado pueden dar lugar a peritonitis.

Igualmente, el uso de antibióticos durante la enfermedad puede contribuir a la formación de un absceso apendicular, que dificultará el diagnóstico y, sobre todo, la intervención y el posoperatorio. Hoy, con los potentes y modernos antibióticos, las complicaciones como la peritonitis y el absceso periapendicular evolucionan de forma más rápida hacia la curación definitiva.

Diverticulitis

1) Definición

La diverticulitis aguda se define como la inflamación activa del divertículo del colon y puede involucrar una perforación o una microperforación. Esta patología puede ser aislada o recurrente, sin complicaciones o complicada. La diverticulitis aguda puede presentarse como leve dolor intermitente o como un dolor abdominal grave, constante y crónico, generalmente en el cuadrante inferior izquierdo.

En las sociedades occidentales, la mayoría de los divertículos se encuentran en el sigmoideos o en el colon descendente. En cambio, en las sociedades asiáticas es más común encontrarlos en el colon ascendente. La diverticulitis no complicada tiene la inflamación localizada, y la diverticulitis complicada es inflamación asociada a un absceso, flemón, fístula, obstrucción, sangrado o una perforación.

2) Etiología

Algunos factores asociados con enfermedad diverticular incluyen alteraciones en la resistencia de la pared colónica, la motilidad colónica y problemas dietéticos, como la falta de fibra. Un factor importante es la susceptibilidad genética, ya que se ha visto que los gemelos monocigóticos tienen el doble de probabilidades que los gemelos dizigóticos de desarrollar diverticulosis. Otros factores de riesgo de diverticulitis son: el tabaquismo, la aspirina, los fármacos antiinflamatorios no esteroideos, los corticoesteroides, los opiáceos, el aumento de la edad, la obesidad, y el estilo de vida sedentario.

Se ha demostrado que fumar tabaco reduce la producción de moco en el colon, puede alterar la composición del microbioma intestinal y conducir a una isquemia mesentérica relativa.

3) Factores de riesgo

- Envejecimiento.
- Obesidad.
- Tabaquismo Las personas que fuman cigarrillos son más propensas a experimentar diverticulitis que quienes no fuman.
- Falta de ejercicio.
- Dieta alta en grasa animal y baja en fibra.
- Ciertos medicamentos.

4) Epidemiología

Es una afección común con una incidencia estimada del 25% (3). El 80% de los pacientes que presentan diverticulitis tienen 50 años o más.

5) Fisiopatología

Actualmente, los mecanismos patológicos exactos que producen los divertículos en el colon son desconocidos. Una de las principales teorías es el desarrollo de divertículos a partir del aumento de la presión en áreas de paredes debilitadas. Teorías más

recientes se centran en los cambios en el microbioma, la inflamación, la motilidad y la genética.

Sin embargo, la estasis u obstrucción en el pseudo divertículo de cuello estrecho puede causar sobrecrecimiento bacteriano y la isquemia tisular local. Los anaerobios (incluyendo bacteroides, peptostreptococcus, clostridium y fusobacterium). son los organismos más frecuentemente aislados

6) Cuadro clínico

La diverticulitis aguda puede presentarse como leve dolor intermitente o como un dolor abdominal grave, constante y crónico, generalmente en el cuadrante inferior izquierdo. El estreñimiento se reporta en el 50% de los pacientes y la diarrea entre el 25% y el 35%. Los síntomas sistémicos más comunes son la fiebre (menor a 39° C) y un cambio en los hábitos intestinales. Otros síntomas que pueden aparecer son las náuseas, los vómitos, y los síntomas urinarios. En el examen físico, al encontrar que la sensibilidad es predominantemente en el cuadrante inferior izquierdo, una masa palpable y distensión abdominal se aumenta la probabilidad de diverticulitis aguda. La sensibilidad al rebote, rigidez y ausencia de peristalsis pueden sugerir peritonitis. En los exámenes de laboratorio es frecuente obtener marcadores inflamatorios elevados y leucocitosis.

7) Diagnóstico: estudios laboratoriales y de gabinete

La enfermedad diverticular puede diagnosticarse con la clínica o más frecuentemente mediante la

colonoscopia o enema de bario. Actualmente, la tomografía computarizada (TC) se ha convertido en el estándar para diagnosticar la enfermedad diverticular.

La sensibilidad para diverticulitis aguda es del 94%, y tiene una especificidad del 99%. La colonoscopia es la principal herramienta para diagnosticar la enfermedad diverticular. Sin embargo, la colonoscopia está contraindicada en la diverticulitis aguda por la posible perforación relacionada con la insuflación de aire. La colonoscopia no logra identificar algunas complicaciones de la enfermedad como el absceso.

Este examen se recomienda usualmente 6 semanas después de la resolución de los síntomas en pacientes con enfermedad complicada, para poder descartar la presencia de otras enfermedades como cáncer o enfermedad inflamatoria intestinal.

Diagnósticos diferenciales

La colitis ulcerativa y la enfermedad de Crohn pueden tener síntomas parecidos a la diverticulitis, dolor abdominal y cambios en el hábito intestinal. La colitis isquémica se presenta con episodios de hipotensión, dolor abdominal difuso o localizado en las áreas de isquemia. Además, presenta en ocasiones diarrea sanguinolenta, que no es típica en la diverticulitis.

Otras patologías por descartar son la gastroenteritis infecciosa y la apendicitis aguda.

8) Tratamiento

El tratamiento conservador en la diverticulitis aguda no complicada sugiere que no utilizar antibióticos es seguro, factible y efectivo. El metaanálisis de todos los estudios incluidos reveló que los antibióticos de amplio espectro en el régimen de tratamiento no disminuyen el fracaso de este, la recurrencia, las complicaciones, los reingresos hospitalarios y la necesidad de cirugía comparado con el tratamiento sin antibióticos. El estudio concluye que los antibióticos pueden ser necesarios en pacientes seleccionados con comorbilidades asociadas que corren el riesgo de fracasar en el tratamiento sin antibiótico.

Indicaciones de cirugía

Actualmente, definir las indicaciones sobre cuándo realizar una cirugía electiva en pacientes con enfermedad diverticular es muy controversial.

Se prefiere que el abordaje sea individual en cada paciente, evaluando toda la historia clínica, la respuesta a su primer episodio agudo y los síntomas crónicos. En términos generales, la cirugía se indica cuando hay presencia de peritonitis difusa, neumoperitoneo o sepsis asociada que no responde completamente a los medicamentos.

El manejo según la clasificación de Hinchey Modificada Estadio 0 y I:

La diverticulitis es leve (estadio 0) cuando el paciente tolera la dieta, no tiene síntomas sistémicos ni signos peritoneales. El manejo es general es antibióticos de amplio espectro vía oral por 7 a 10 días y dieta líquida hasta que los síntomas resuelvan se avanza a dieta sólida. Si es el primer episodio entonces le solicitamos un estudio confirmatorio electivo con enema de bario o colonoscopia cuando la inflamación ha disminuido.

Si los síntomas progresan puede ser necesario la admisión hospitalaria y repetir la TC.

Manejo del estadio Ib

Podemos definir la inflamación severa del estadio I cuando el paciente tiene intolerancia a la dieta, náuseas y vómitos, fiebre, escalofríos y un signo peritoneal. En la TC se observa flemón pericólico o absceso. Su manejo es hospitalario y en general requieren antibióticos de amplio espectro parenteral, reposo intestinal, fluidos intravenosos. Es importante distinguir el tamaño del absceso ya que esto diferencia su manejo.

Los abscesos pericólicos pequeños (<2cm) pueden resolver con antibióticos intravenosos y los abscesos confinados mayores probablemente requieran drenaje percutáneo (DP) guiados por TC. Si un absceso más pequeño es tratado inicialmente sólo con antibióticos, pero los síntomas no mejoran hay que considerar el drenaje percutáneo. La progresión de los síntomas a pesar del DP de un absceso indica la necesidad de cirugía.

Los pacientes que se recuperan de un episodio inicial de diverticulitis complicada deben ser considerados para una colectomía segmentaria electiva después de la resolución de la inflamación aguda.

Manejo en el estadio III y IV

Pacientes con fallo del manejo conservador o que tengan peritonitis purulenta o fecal requieren cirugía (procedimiento de Hartmann). El objetivo es reseca la perforación y crear una estoma. A pesar de las complicaciones de este procedimiento, sigue siendo el procedimiento de elección en pacientes inestables.

Resección laparoscópica en contexto electivo

Si bien la resección laparoscópica durante la curva de aprendizaje tiene tiempos operatorios más prolongados, esta se asocia con menor pérdida sanguínea y estancia

hospitalaria al compararse con resecciones abiertas. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en las tasas de recurrencia entre los dos grupos ni en las tasas de complicaciones menores y mayores o la tasa de mortalidad. El tratamiento laparoscópico electivo es una opción eficaz con resultados postoperatorios adecuados. La diverticulitis perforada podría no considerarse una indicación obligatoria para la resección electiva de colon.

Las indicaciones clásicas de cirugía electiva son: dos o más episodios de diverticulitis documentada, 1 episodio único de diverticulitis complicada (estadio Ib

o II), 1 episodio documentado en un paciente inmunocomprometido, 1 episodio documentado en un paciente entre 40-50 años de edad, y una incapacidad para excluir el cáncer como la causa de sintomatología.

Resección laparoscópica en situaciones de emergencia

Se recomienda realizar un abordaje laparoscópico en la sigmoidectomía de emergencia para evitar las complicaciones de la pared abdominal: dehiscencia de la herida abdominal, hernia incisional e infección de la herida.

El papel del lavado peritoneal en situaciones de emergencia

El tratamiento de la enfermedad diverticular perforada está evolucionando. Los procedimientos más comunes son: laparotomía, cierre del muñón rectal y colostomía terminal proximal (procedimiento de Hartmann). Después del procedimiento de Hartmann se ha reportado una morbilidad significativa, por lo que se deberían de considerar tipos de cirugía menos invasivas. El lavado peritoneal laparoscópico se ha convertido en una opción prometedora para la resección sigmoidea. En los casos de diverticulitis de Hinchey IIb o III, cuando hay pus intraabdominal local o libre se puede realizar un procedimiento laparoscópico limitado donde se lava y drena la cavidad abdominal sin la resección del intestino o formación de la estoma. El objetivo es convertir una peritonitis purulenta generalizada en una diverticulitis localizada que pueda tratarse de forma segura con antibióticos. Y una vez que esta etapa de inflamación ha disminuido, entonces se realiza la resección laparoscópica definitiva y tardía.

El lavado debe considerarse en casos de peritonitis generalizada por diverticulitis perforada.

Las recomendaciones actuales para el tratamiento quirúrgico de emergencia son la diverticulitis de Hinchey en estadio III y IV, la presencia de un gran absceso inaccesible, la falta de mejoría o deterioro dentro de los tres días de tratamiento conservador

9) Pronóstico

Muchas personas viven con Divertículos toda su vida sin saber que los presentan porque no les causan molestias. Otros pueden estrechar el colon, abrirse o fístulaizarse, perforando la pared intestinal y sacando pus al peritoneo, que es una túnica o capa que recubre por dentro todo el abdomen.

La mayoría de las veces, se trata de una afección leve que responde bien al tratamiento. Algunas personas tendrán más de un episodio de diverticulitis. La cirugía puede ser necesaria en algunos casos.

Conclusión:

La diverticulitis aguda es una condición médica grave frecuente que puede afectar a cada paciente de una manera distinta.

Todavía se necesitan más estudios para identificar mejor a los pacientes que se encuentran en mayor riesgo de sufrir complicaciones a mediano y largo plazo.

Se debe considerar la diverticulitis como un diagnóstico diferencial para poder abordar a los pacientes con la mejor opción terapéutica y evitar sus complicaciones. Actualmente, se recomienda un manejo individualizado, que considere toda la historia clínica completa y su respuesta al primer episodio agudo.

Los antibióticos, el reposo intestinal y el drenaje percutáneo de los abscesos por divertículos pueden convertir las emergencias quirúrgicas en cirugías electivas.

Bibliografía:

- **FACTORES ASOCIADOS A LA APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE ICA, OCTUBRE 2018 – SETIEMBRE 2019.**
- Diverticulitis: revisión de la literatura en cuanto al manejo actual 2019. Médico General. San José, Costa Rica. Correo electrónico, Médico Especialista en Cirugía General. Hospital México. San José, Costa Rica.