



**Mi Universidad**

## **Ensayo**

*Nombre del Alumno: José Francisco Pérez Pérez*

*Nombre del tema: Enfermedad diverticular*

*Parcial: 2do*

*Nombre de la Materia: Clínica Quirúrgica Complementaria*

*Nombre del profesor: Dr. Guillermo DelSolar Villarreal*

*Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana*

*7° semestre*

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad diverticular es una entidad que se caracteriza por la saculación o herniación de otra forma llamada y este es causado principalmente por el debilitamiento de capa muscular del intestino dando forma a la característica bolsa.

Cabe resaltar que es importante la diferenciación de términos, ya que no es lo mismo un divertículo, diverticulosis y diverticulitis. El divertículo es la sencilla herniación individual de la pared intestinal, en cambio la diverticulosis o Enfermedad diverticular no complicada es la presencia de mayor número de divertículos. La diverticulitis es la inflamación aguda de estos divertículos que como naturaleza pone en riesgo de complicación como una perforación y por tanto complicaciones aun más graves.

## **ENFERMEDAD DIVERTICULAR**

La palabra divertículo describe a una saculación (herniación) a través de la pared de un órgano hueco (ej. Colon). El divertículo verdadero indica que la saculación está constituida por todas las capas de la pared interna; este tipo de divertículos es raro. Los divertículos falsos (pseudodivertículos) carecen de una porción de la pared normal del intestino. Los divertículos colónicos no contienen una capa muscular, si no únicamente serosa, submucosa y mucosa. Por ello, se clasifican como pseudodivertículos, y su estructura los hace más susceptibles a perforación.

### **HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD**

Aproximadamente el 30% de los enfermos con enfermedad diverticular, dependiendo del tiempo de seguimiento a que haya sido sometidos, puede presentar complicaciones. Ellas pueden dividirse en complicaciones inflamatorias (diverticulitis aguda y fístulas colónicas) y la hemorragia.

### **ENFERMEDAD DIVERTICULAR NO COMPLICADA (DIVERTICULOSIS)**

A la presencia de divertículos sin complicaciones se le denomina enfermedad diverticular no complicada o diverticulosis, y debe distinguirse de alguna de las complicaciones. Con mayor frecuencia, los divertículos colónicos no dan manifestaciones clínicas por sí mismos.

### **CUADRO CLÍNICO**

Aproximadamente el 70% de los pacientes con diverticulosis permanecen asintomáticos. Generalmente la presencia de divertículos es un hallazgo durante la evolución de un paciente por otra causa como el estudio de tamizaje para cáncer de colon. El subgrupo de paciente presentará algún síntoma atribuido a enfermedad diverticular, como dolor principalmente en cuadrantes inferiores, específicamente en fosa iliaca izquierda, también pueden presentar distensión, estreñimiento, diarrea, moco en las evacuaciones, aunque la asociación de estos síntomas con la presencia de divertículos no es del todo clara. El examen físico puede revelar hipersensibilidad leve en el cuadrante inferior izquierdo sin un rebote franco. Una prueba de sangre oculta en heces positiva en esta situación no debe ser atribuida a diverticulosis sin una evaluación completa del colon. Los estudios de laboratorio son normales. Estos síntomas no específicos se superponen considerablemente con los del síndrome de intestino irritable.

## **DIAGNÓSTICOS**

Se ha reportado en varias series el error diagnóstico del colon por enema en pacientes con divertículos en el sigmoides, siendo aproximadamente del 32%, básicamente explicado por la presencia de lesiones neoplásicas no observadas por este estudio. Se recomienda realizar una colonoscopia en todos los pacientes con síntomas compatibles con enfermedad diverticular, principalmente para descartar la presencia de una neoplasia.

## **TRATAMIENTO**

### *Tratamiento Médico*

La diverticulosis asintomática identificada en estudios de imagen o durante una colonoscopia se trata mejor mediante modificaciones de la dieta, los pacientes pueden beneficiarse de una dieta rica en fibra que incluye 30 g de fibra por día. Son de utilidad los complementos dietéticos de fibra como psyllium plantago, fibra de propileno o metilcelulosa. El uso de fibra incrementa el tiempo de tránsito colónico y por tanto evita la elevación de la presión intraluminal que ocasiona el desarrollo de diverticulosis. En fumadores aumenta al parecer la incidencia de diverticulosis complicada; por tal motivo, es preciso alentar a los pacientes a abstenerse de fumar. La

recomendación histórica de no comer nueces no se basa más que en datos empíricos. La enfermedad diverticular sintomática no complicada con confirmación de la inflamación e infección en el colon debe tratarse de modo inicial con reposo intestinal. Se recomienda hospitalización si el paciente es incapaz de alimentarse por vía oral, si tiene múltiples enfermedad adjuntas, si no hay mejorías con el tratamiento ambulatorio y si se ve afectado por diverticulitis complicada. El régimen de antibiotico actual recomendado incluye cefalosporinas de tercera generación o ciprofloxacina y metronidazol, dirigidos a bacilos aerobios gramnegativos y bacterias anaerobias. De modo alternativo podría ser eficaz la monoterapia con una penicilina de tercera generación o piperacilina IV o la combinación oral de penicilina/ácido clavulánico. El ciclo usual de antibioticoterapia comprende 7-10 días. Es importante que el paciente reciba una dieta limitada mientras cede el dolor.

### Tratamiento Quirúrgico

Los factores de riesgo preoperatorios que incluyen en los índices de mortalidad posoperatorios incluyen clase más alta del estado físico en la escala de la American Society of Anesthesiologists. En individuos calificados como de bajo riesgo (P1 y P2 de la ASA) puede considerarse la cirugía en enfermos que no mejoran con rapidez con las medidas no quirúrgicas. En el caso de diverticulosis sin complicaciones, los estudios señalan que es posible continuar el tratamiento no quirúrgico después de dos crisis, sin que aumente el riesgo de perforación que obligue a practicar colostomía. Sin embargo, en personas sometidas a tratamiento inmunosupresor, en caso de insuficiencia renal crónica o colagenopatías-

P1	Paciente sano y normal
P2	Paciente con enfermedad sistémica poco intensa
P3	Paciente con enfermedad sistémica grave
P4	Paciente con enfermedad sistémica grave, que constituye una amenaza constante para la vida
P5	Paciente moribundo que no sobrevivirá sin la operación
P6	Paciente declarado con muerte cerebral cuyos órganos se extraen para donación

ETAPA DE HINCHEY	MÉTODO OPERATORIO	ÍNDICE (%) DE FUGAS POR LA ANASTOMOSIS	MORBILIDAD GLOBAL, %
Ia (flemon pericólico)	Ablación de colon, laparoscópica o abierta	43	15
Ib (absceso pericólico)	Drenaje percutáneo seguido de ablación colónica laparoscópica o abierta	3	15
II	Drenaje percutáneo seguido de ablación colónica laparoscópica o abierta, con o sin procedimiento de derivación proximal con creación de estoma	3	15
III	Lavado laparoscópico y drenaje o Ablación laparoscópica o abierta con derivación proximal (estoma) o Procedimiento de Hartmann	3	30% de riesgo de peritonitis que requiere reoperación si no se practica ablación Morbilidad general de 50% Mortalidad general de 15%
IV	Procedimiento de Hartmann o Derivación proximal	—	Morbilidad general de 50% Mortalidad general de 15%

vasculopatías, se incrementa el riesgo de perforación cinco veces durante las crisis repetitivas. El tratamiento quirúrgico está indicado en todos los pacientes con bajo riesgo quirúrgico y diverticulosis complicada.

## **DIVERTICULITIS AGUDA**

La diverticulosis aguda es la complicación más frecuente de la enfermedad diverticular y se presenta en aproximadamente 25% de los casos con diverticulosis.

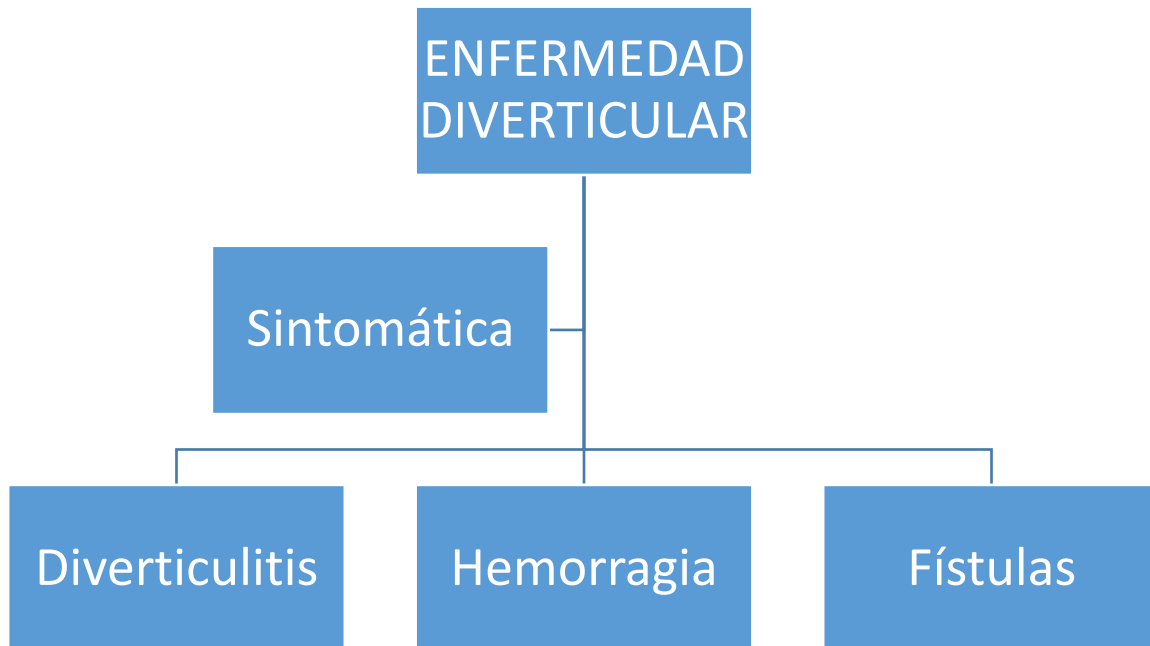
### **PATOGENIA**

El término diverticulitis representa un espectro de cambios inflamatorios que van desde una inflamación subclínica localizada hasta una peritonitis generalizada con perforación. La causa primaria es la perforación de un divertículo ya sea microscópica, que origina un evento inflamatorio alrededor del divertículo (por lo que se ha sugerido que un término más preciso sería peridiverticulitis) o bien macroscópica. El aumento de la presión intraluminal ya sea por un fecalito o bien partículas de comida pueden erosionar la pared del divertículo, produciendo inflamación, necrosis focal y finalmente perforación. Si la perforación es pequeña y el paciente es inmunocompetente, la inflamación puede ser leve y la perforación puede sellarse por la grasa pericolónica y el mesenterio. La diverticulitis aguda puede ser dividida en dos grandes grupos: simple y complicada. La diverticulitis aguda simple es más frecuente, en aproximadamente el 75% de los casos y se refiere a aquella enfermedad que responde al tratamiento médico. La diverticulitis complicada, aproximadamente el 25% y se refiere a la perforación libre, obstrucción, absceso o fístula. La mayoría de estos pacientes con enfermedad complicada requerirán tratamiento quirúrgico ya sea de manera urgente o electiva.

### **CUADRO CLÍNICO**

El cuadro clínico característico se presenta en un paciente de edad avanzada, con dolor abdominal en la fosa iliaca izquierda, acompañado, con dolor abdominal en la fosa iliaca izquierda,

acompañado de fiebre y un plastrón inflamatorio correspondiente al área sigmoidea. El dolor puede ser de tipo cólico y de inicio gradual, originado en el cuadrante inferior izquierdo, pero puede irradiarse a la región inguinal, suprapúbica o a la espalda: puede acompañarse de fiebre, náusea o vómito, alteraciones en el hábito intestinal como estreñimiento o diarrea y en ocasiones de sintomatología urinaria por irritación de los ureteres o de la vejiga. A la exploración física se corrobora la hiperventilación, hay hipersensibilidad en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen



o en el hipogastrio, distensión abdominal, la peristalsis puede ser normal o ausente, incluso puede palparse una masa bien definida principalmente hacia el área anatómica del sigmoides. En muchos pacientes la perforación puede ser microscópica inmediatamente sellada por los tejidos vecinos (epiplón u órganos vecinos) evitando salida libre de excremento al peritoneo.

## SIMPLE

- Tx médico
- Cirugía
- Recurrente

## COMPLICADA

- Cirugía

## TRATAMIENTO MÉDICO

- Asintomático
- Dolor abdominal
- Segundo episodio

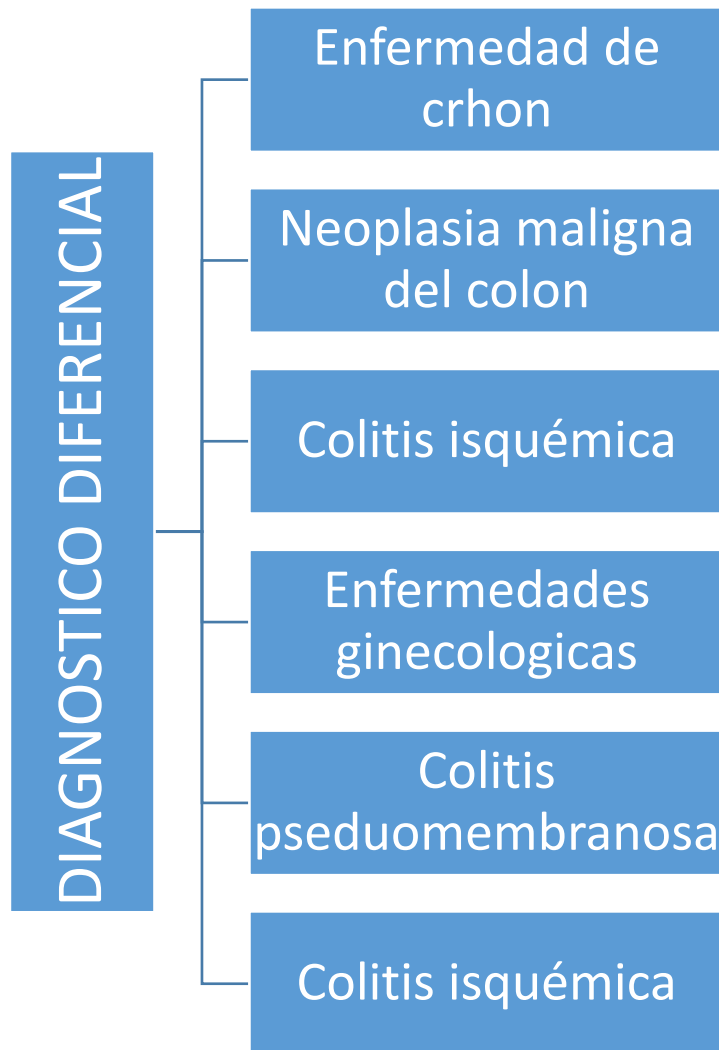
## Segundo episodio

- Asintomático
- Sintomático

## COMPLICACIONES

El espectro de la diverticulitis aguda es amplio, y puede incluir desde un cuadro clínico leve, con mínimas manifestaciones de afección inflamatoria sistémica hasta cuadros letales de sepsis abdominal asociados a diseminación intraperitoneal difusa de pus o excremento. Para facilitar la toma de decisiones terapéuticas y evitar confusión en los resultados obtenidos al discutir casos de diferente gravedad, es útil el tomar en cuenta alguna clasificación clínica que permita categorizar la gravedad del cuadro.





## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La principal indicación de tratamiento quirúrgico en diverticulitis aguda es la presencia de complicaciones, principalmente perforación libre o acompañada de absceso pélvico o peritonitis. La perforación localizada y sellada (Hinchey 1) pudiera ser susceptible de tratamiento médico únicamente, pero si hay perforación asociada alimentando al absceso o si no hay respuesta en 72 horas deberá valorarse la necesidad de cirugía.

## CONCLUSIÓN

Se puede observar que en ambas entidades de primer plan es el tratamiento médico el cual se incluye cambios en la dieta o fármacos pero cuando este fracasa o la enfermedad es muy complicada se obtiene por el tratamiento quirúrgico el cual dependerá de la localización del divertículo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Gastroenterología- Villalobos
- Medicina Interna - Harrison