

Manejo de la enfermedad diverticular del colon: Rompiendo con mitos, paradigmas y tradiciones

Treatment of colonic diverticular disease: Breaking with myth, paradigms and traditions

Luis Jorge Lombana Amaya, MD.¹

¹ Cirujano Coloproctólogo. Jefe Unidad de Coloproctología, Hospital San Ignacio. Profesor Asistente Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

Fecha recibido: 16-11-10
Fecha aceptado: 29-11-10

Es todo un reto responder a la solicitud de compartir mi testimonio y experiencia en un tema tan común, que parece tan simple, pero que para ser sinceros es tremendamente controversial. Empezando por el nombre: enfermedad diverticular. ¿Se le puede llamar enfermedad a una condición que se presenta en el 50 ó 60% de las personas, por encima de 60 años? (1). Sin embargo es muy común que a un paciente a quien se le realice un estudio de rutina, llámese TAC o colonoscopia, y en el que se detecten los divertículos, se rotule en los diagnósticos el nombre de enfermedad diverticular no complicada en forma errónea.

La mayoría de postulados nacen de ideas consensuadas, no necesariamente con los niveles de evidencia y grados de recomendación que nos encantaría encontrar, sino el producto de un panel de expertos; es más, en esta entidad se han heredado paradigmas que aún se sostienen y se practican, por ejemplo, dos episodios de enfermedad diverticular o diverticulitis, y el paciente es quirúrgico. “Lo voy a operar para evitar que en el futuro termine con una colostomía” (frase que para todos los pacientes les acarrea el peor de los temores); paciente joven con diverticulitis debe ser operado. Y para ser precisos, ¿hay una balanza que el clínico o el cirujano inclinan a su antojo, o será que la mayoría de pacientes que terminan con colostomía lo hacen en el primer episodio y no en el segundo, tercero o cuarto? ¿Qué queremos prevenir?

Si el paciente tiene una edad avanzada puede ser criterio para ser operado, ya que en buen estado es mejor una cirugía electiva, o incluso para no ser quirúrgico por los altos riesgos perioperatorios, ¿Quién decide esa balanza?

Con este escrito pretendo tocar los temas que siguen siendo controversiales, que deben ser de conocimiento de todos aquellos quienes tenemos que manejar esta patología.

El simple hecho de encontrar divertículos en un examen lo llamaremos *diverticulosis* (2). Como es sabido por todos, los divertículos tienden a estar presentes en todo el colon pero en especial sobre el colon izquierdo. El proceso de inflamación-microperforación-plastrón o perforación libre, casi que es un evento exclusivo del sigmoide en Latinoamérica. El sangrado como segundo campo de interés puede ser en cualquier lugar del colon que tenga divertículos, incluso los textos más clásicos hablan de que los divertículos del lado derecho son más exanguinantes que cualquier otro (3). Por alguna razón no muy clara, los pacientes que tienen episodios de inflamación tienden a repetir episodios de inflamación, y los que tienen historia de hemorragia de vías digestivas bajas recurren con sangrados y no con inflamación.

Ante un cuadro clínico de inflamación es claro que la evaluación clínica será la base del inicio del manejo, seguido de una serie de exámenes de gabinete que corroboran la impresión clínica de diverticulitis, hoy, con la impresión diagnóstica, el examen de elección en el servicio de urgencias es la escanografía con medio de contraste. Este permite hacer el diagnóstico e incluso la clasificación de Hughes, de Hinchey y sus adaptaciones a la tomografía siguen teniendo validez (4).

Y es aquí donde hay que mencionar el término enfermedad diverticular complicada, expresión usada casi de rutina por médicos y cirujanos e internistas para este paciente que asistió a urgencias. La Organización Mundial de Gastroenterología reportó en su consenso una forma práctica que lleva a buenos desenlaces clínicos.

Ante una diverticulitis clínica comprobada por escanografía, llamaremos a todas las alteraciones de la grasa sigmoidea, a los flegmones, a los plastrones diverticulares como:

Diverticulitis simple (2)

Dejando el nombre de enfermedad diverticular complicada solo a los episodios en donde se evidencie absceso pericólico, colección pélvica, colección intraperitoneal, perforación, estenosis, fístula y/o obstrucción intestinal.

Una vez hecho el diagnóstico en que la mayoría de pacientes cursará con diverticulitis simple, va a ser objeto de un manejo médico que consta de antibióticos (basados en las teorías de microperforación) ayuno, dieta líquida, manejo ambulatorio y/o hospitalario a criterios del grupo de trabajo, que seguirá con una evolución clínica favorable para un posterior estudio electivo.

El paciente que al ingreso curse con un cuadro clínico séptico, un abdomen agudo o deterioro clínico de su cuadro, será objeto de una valoración quirúrgica que llevará a un desenlace operatorio que también encontramos controversial.

En el manejo médico, si nos inclinamos por teorías de un compromiso inflamatorio de la pared como etiología, el uso de antiinflamatorios (mesalazina) va tener un papel en el manejo de esta entidad y en la prevención de la recurrencia de nuevos episodios o incluso en la entidad ya conocida como SCAD (colitis segmentaria asociada a enfermedad diverticular) (5).

Pero quiero inclinarme por una controversia grande en cirugía, aquel paciente que en el cuadro de ingreso se decidió llevar a cirugía. La historia de esta condición tiene muchos paradigmas que aún se siguen; ante un evento quirúrgico de perforación la conducta clásica es la sigmoidectomía con colostomía tipo Hartman (cierre del muñón distal), con un cierre de colostomía en un segundo tiempo quirúrgico unos meses más adelante. Conducta empleada por la mayoría de centros aún (6), "conducta conservadora".

Haría dos consideraciones como aporte a los colegas. Parte del motor del problema está en la unión recta sigmoidea que seguramente es la zona de mayor presión y menor diámetro del colon. Una cirugía de urgencia debe incluir una resección a ese nivel. Todos aquellos que hacemos cierres de colostomía con frecuencia y que nos remiten lo pacientes para este procedimiento, al hacer el estudio preoperatorio, con frecuencia vemos muñones rectales con sigmoide residual. Pero el tema puede ser tan debatible que uno de los paradigmas en la cirugía está dado por uno de los factores que hace que una anastomosis falle: el shock, y probablemente la contaminación. Sin embargo, son interesantes los reportes de grupos que hacen anastomosis primaria con resultados similares e incluso algunos promueven la idea de anastomosis con ostomía de protección (extrapolando un concepto de la cirugía rectal) con resultados llamativos (7). Incluso algo que antes parecería increíble: ante un paciente con enfermedad diverticular complicada con perforación, el abordaje inicial puede ser la laparoscopia, el drenaje de la colección y/o absceso por laparoscopia, incluso la rafia primaria del sitio de la perforación y colocación de drenes para un manejo médico con antibióticos, drenaje y seguimiento clínico, que va a permitir en un segundo tiempo electivo una resección segmentaria y anastomosis, haciendo que este paciente nunca pase por la experiencia de la colostomía. Suena interesante y es parte de lo que se hace hoy en día aunque requiere mayor evaluación (8). Como ven, el manejo clásico de la urgencia puede cambiar y, de hecho, está cambiando.

Otro punto a tratar es el paciente que respondió médicamente y es dado de alta. No quisiera discutir sobre el manejo ambulatorio y/o hospitalario de esta entidad en nuestro sistema de seguridad social. Pero en esencia sabemos que aunque un gran porcentaje de la población tiene divertículos, solo un pequeño grupo genera eventos hospitalarios. Y ya vamos entendiendo que no es lo mismo hacer varias diverticulitis simples que tener un real episodio de complicación.

¿Cómo estudiar a los pacientes? Y en este gabinete se pelea el colon por enema y la colonoscopia, el papel de protagonista.

Pienso que dependerá del contexto clínico. En la mente de todos siempre estará que detrás de ese plastrón inflamatorio diagnosticado en el servicio de urgencias no haya una neoplasia oculta no identificada, y es por eso que mi elección es la colonoscopia 6 semanas después del episodio inicial. Y ese número de seis semanas (anecdótico) debe responder a los tiempos normales de los procesos de cicatrización. Pero el colon por enema tiene su espacio, tal vez no como antes para evidenciar dónde o cuántos son los divertículos, sino en la evaluación de las secuelas que puede

generar esta enfermedad, (las fistulas y las estenosis). Por lo tanto, la respuesta de cómo estudiar esta enfermedad puede implicar el uso de los dos estudios (9).

La decisión de operar

Este es el gran problema de esta condición. Heredamos el tabú de “dos episodios y cirugía”. Hemos jugado con el término, que se le aplica a unos, y a otros muy enfermos con algo de sentido común se les cambia. Pero no estábamos tan equivocados.

Es claro ahora a la luz del 2010 que los pacientes se manejan selectivamente o electivamente; las historias son individualizadas y un paciente puede llegar a tener varios episodios de diverticulitis simple (uno, dos, tres, cuatro) y no ser necesariamente quirúrgico y, por otro lado, puede existir un paciente con pocos episodios pero que nunca estuvo asintomático o cursó con un cuadro clínico crónico y solo con un par de episodios podría tomarse la decisión de ser llevado a una cirugía electiva. Esto significa una lenta tendencia a ser selectivos e individualizar el manejo de cada paciente donde el número de episodios no es la clave de la decisión (10).

Lo que parece ser más claro es que un paciente con un solo episodio de enfermedad diverticular complicada entendida en los términos actuales (absceso, estenosis, perforación, drenaje previo ecográfico), es quirúrgico en forma electiva después de su manejo inicial (11). Los abscesos pericólicos son colecciones que van a ser susceptibles de manejo médico e intervención, ya sea con punción guiada por eco o TAC, o algunos casos en laparoscopia como ya mencionamos. La extensión de la resección: otro paradigma roto.

El sangrado y la hemorragia de vías digestivas bajas es otra historia por la dificultad de saber qué segmento es el responsable, pero en inflamación (producto de la cirugía laparoscópica) sabemos que el segmento a reseccionar es el segmento que se ha enfermado. Como en la mayoría de los casos es en el sigmoide, la extensión de la resección es casi siempre una sigmoidectomía y parte del colon descendente. La presencia de más divertículos proximales no implica una mayor resección. Lo que determina una mayor extensión, es decir, ampliar la cirugía hacia una colectomía izquierda o subtotal, es que el cirujano encuentre una calidad de las paredes del colon inadecuadas, (hipertrofia o engrosamiento de la muscular). La cirugía laparoscópica es hoy el método más indicado para

la resección electiva, en la cual la resección distal debe sobrepasar la unión rectosigmoidea (12).

He tocado varios conceptos, se mueven varios principios clásicos que sé que muchos aún conservan, lo cual obliga a la búsqueda sistemática de la literatura, a la comprobación de estos conceptos, a la reafirmación de las nuevas corrientes y espero esta sea la inquietud generada por esta reflexión académica bajo una experiencia desarrollada en estos 10 años de ejercicio de la cirugía colorrectal.

REFERENCIAS

1. Matrana MR, Margolin DA. Epidemiology and pathophysiology of diverticular disease. *Clin Colon Rectal Surg* 2009; 22(3): 141-6.
2. WGO Practice Guidelines. Enfermedad diverticular 2005.
3. Hobson KG, Roberts PL. Clin Etiology and pathophysiology of diverticular disease. *Colon Rectal Surg* 2004; 17(3): 147-53.
4. Hinchey EJ, Schall PGH, Richards GK. Treatment of perforated disease of the colon. *Adv Surg* 1978; 12: 86-109.
5. Freeman Segmental colitis associated with diverticulosis syndrome. *HJ World J Gastroenterol* 2008; 14(42): 6442-3.
6. Salem L, Flum DR. Primary anastomosis or Hartmann's procedure for patients with diverticular peritonitis? A systematic review. *Dis Colon Rectum* 2004; 47(11): 1953-1964.
7. Constantinides VA, Tekkis PP, Remzi FH, Fazio VW, et al. Primary resection with anastomosis vs. Hartmann procedure in nonelective surgery for acute colonic diverticulitis: a systematic review. *Dis Colon Rectum* 2006; 49: 966-981.
8. Rafferty J, Shellito P, Hyman NH, Buie WD. Practice parameters for sigmoid diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 2006; 49: 939-944.
9. Ambrosetti P, Jenny A, Becker C, et al. Acute left colonic diverticulitis – compared performance of computed tomography and water soluble contrast enema: a prospective evaluation of 420 patients. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 1363-67.
10. Hall J, Hammerich K, Roberts P. New paradigms in the management of diverticular disease. *Curr Probl Surg* 2010; 47(9): 680-735.
11. Stocchi L. Current indications and role of surgery in the management of sigmoid diverticulitis. *World J Gastroenterol* 2010; 16(7): 804-17.
12. Lipman JM, Reynolds HL. Laparoscopic management of diverticular disease. *Clin Colon Rectal Surg* 2009; 22(3): 173-80.