Cir Esp. 2014;92(Espec Congr):33

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

O-033 - DIVERTICULITIS AGUDA EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS. PRESENTACIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA

J. Serrano González, P. Calvo Espino, R. Benazaar, J. Muñoz, J.G. García Schiever, I. Alonso, J.L. Lucena de La Poza y V. Sánchez Turrión

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Objetivos: Revisión de los casos de diverticulitis en pacientes inmunodeprimidos ingresados en nuestro servicio, tratamiento realizado y evolución de los mismos.

Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes diagnosticados de diverticulitis aguda y en situación de inmunosupresión tratados en nuestro centro entre 2008 y 2014. Se analizaron un total de 18 casos. Los datos recogidos incluyeron la edad de presentación del cuadro, el sexo, factores de riesgo de mala evolución, la gravedad del cuadro inflamatorio (según la escala de Hinchey), la causa de inmunosupresión, el tratamiento realizado y su evolución.

Resultados: Se han analizado 18 pacientes, 11 hombres y 7 mujeres, con edad media de 64 años. 9 pacientes habían recibido un trasplante previo (4 trasplante renal, 3 bipulmonar y 3 cardíaco), 5 sufrían insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo (hemodiálisis o diálisis peritoneal) y 6 presentaban neoplasia hematológica (linfoma). Entre los factores de riesgo para una mala evolución de la diverticulitis destacan el tratamiento crónico con corticoides, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica sin tratamiento sustitutivo, hipertensión arterial, hábito tabáquico y dislipemia. La mitad de los pacientes presentaron diverticulitis grado I de Hinchey, un 25% tenía un grado II, el 6% grado III y el 19% grado IV. 11 pacientes se trataron inicialmente de forma conservadora con antibioterapia (2 trasplantados, 4 presentaban insuficiencia renal y 5 sufrían neoplasia hematológica) y 7 precisaron intervención quirúrgica urgente (5 trasplantados, 1 nefrópata y otro paciente hematológico), practicándose resección con colostomía terminal en todos excepto en un caso, en el que se anastomosó durante la intervención. A dos de los pacientes que inicialmente se trató con antibioterapia se les realizó cirugía diferida durante el primer año tras el cuadro agudo (sigmoidectomía y operación de Hartmann respectivamente). La mitad de nuestros pacientes evolucionaron sin complicaciones. Entre los pacientes con tratamiento médico, se produjeron una infección respiratoria, un paciente con rectorragias repetitivas y un episodio de recidiva. En el grupo de operados, apareció un íleo paralítico, una infección de herida y se reintervino por dehiscencia de sutura al paciente al que se realizó sigmoidectomía con sutura primaria. Únicamente se produjo un exitus, en un paciente tras realización de Hartmann.

Conclusiones: La diverticulitis aguda es un cuadro inflamatorio común en la población general. Según estudios previos, en pacientes inmunodeprimidos esta entidad inflamatoria tiende a aparecer de forma más virulenta en un primer episodio, teniendo cifras mayores de mortalidad durante el mismo respecto a pacientes inmunocompetentes. Existe controversia en la literatura en cuanto al mejor manejo tras la resolución del cuadro agudo, no estando clara la indicación de tratamiento quirúrgico electivo. En nuestra experiencia, el

See front matter © 2014 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados

tratamiento conservador, realizado en el 61% de los pacientes fue suficiente. El 39% requirió intervención siendo la operación de Hartmann la opción más segura, con una mortalidad global del 4% durante el episodio agudo.

See front matter © 2014 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados