



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-017 - MANEJO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA PERFORADA. ¿ES SEGURO EL TRATAMIENTO CONSERVADOR?

Fernández Vega, Laura; Alonso Hernández, Natalia; Craus Miguel, Andrea; Pineño Flores, Cristina; Soldevila Verdeguer, Carla; Gil Catalán, Alejandro; Gamundi Cuesta, Margarita; González Argente, Francesc Xavier

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Resumen

Introducción: El 10-20% de los episodios de diverticulitis agudas (DA) son complicadas. Dentro de ellas la perforación es la presentación más severa, responsable de hasta el 75% de las urgencias quirúrgicas de las DA. Nuestro objetivo es analizar los resultados del manejo conservador en pacientes que debutaron con una DA perforada e identificar los factores de riesgo que puedan indicar la necesidad de cirugía.

Métodos: Estudio retrospectivo analizando los pacientes atendidos entre 2010 y 2018 por episodio de DA. Como criterios de selección se incluyeron las diverticulitis perforadas, diferenciando la presencia de burbujas pericólicas, el neumoperitoneo a distancia y la presencia de neumoperitoneo con líquido libre, según la clasificación WSES. Se analizaron variables demográficas, factores de riesgo asociados, la presencia de signos de inestabilidad hemodinámica y la necesidad de intervención quirúrgica urgente.

Resultados: En total se incluyeron 436 pacientes con DA de los que 132 pacientes presentaban criterios de DA perforada: 82 con burbujas pericólicas (62,1%), 34 con neumoperitoneo (25,8%), y 16 pacientes (12,1%) con neumoperitoneo y líquido libre. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ellos en cuanto a factores demográficos (edad, sexo, ASA) o factores de riesgo asociados (tabaquismo, inmunosupresión, diabetes). De todos ellos, 36 pacientes fueron intervenidos de forma urgente en las primeras 24h, realizándose en el 91,2% Intervención de Hartmann: 3 pacientes en el primer grupo (3,6%), 17 pacientes en el segundo (50%) y el 100% de los pacientes del tercer grupo. Encontramos diferencias significativas entre estos pacientes y aquellos en los que se intentó tratamiento conservador en cuanto a la edad, siendo mayores en el grupo intervenido (64 años frente a 55 años, respectivamente, $p = 0,004$), la presencia de taquicardia ($FC > 100$ lpm, $p = 0,002$) e hipotensión ($TAS < 90$ mmHg, $p = 0,001$) y la presencia de signos de irritación peritoneal ($p = 0,001$). De los 96 pacientes en los que se estableció un tratamiento conservador, el éxito fue del 92,3% en el primer grupo (burbujas pericólicas) y del 82,3% en el segundo (neumoperitoneo libre), sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre ellos. El fracaso del tratamiento conservador se constató por TC (con un empeoramiento del estadio radiológico) en 9 pacientes (9,3%): 6 en el primer grupo: 2 pacientes que precisaron un antibiótico de más amplio espectro, 2 drenajes percutáneos y 2 lavados quirúrgicos; 3 del segundo grupo: 2 drenajes percutáneos y 1 Intervención de Hartmann.

Conclusiones: La gravedad según la clasificación de WSES así como la estabilidad hemodinámica y la edad del paciente son factores de indicación quirúrgica urgente en nuestra serie. En pacientes estables con presencia de neumoperitoneo sin líquido libre podremos plantear el tratamiento conservador con resultados

comparables a los pacientes que únicamente presentan burbujas pericólicas.