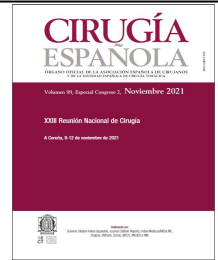




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-633 - NUEVOS ABORDAJES QUIRÚRGICOS EN LA DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA

Fernández Sánchez, Ana Isabel; Romacho López, Laura; Pérez Rodríguez, Rosa; Aranda Narvaez, Jose Manuel; León Díaz, Francisco Javier; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: En las diverticulitis agudas complicadas grados III y IV, el tratamiento recomendado es el quirúrgico. La literatura actual defiende la sigmoidectomía con anastomosis primaria como el tratamiento ideal en pacientes estables hemodinámicamente, siendo la cirugía de control de daños (CCD) una opción en pacientes inestables.

Casos clínicos: Paciente de 63 años que acude a urgencias por dolor abdominal de una semana de evolución. Analíticamente PCR 175 mg/L sin leucocitosis. Es diagnosticado mediante TC de diverticulitis grado IV de la WSES. Se decide intervención quirúrgica urgente: peritonitis fecopurulenta generalizada, plastrón inflamatorio en sigma y múltiples abscesos interasas. Con necesidad de drogas vasoactivas durante la intervención. Se realiza una CCD con cierre temporal de la pared abdominal con sistema de presión negativa. A las 48h, paciente sin drogas y campo sin contaminación, se realiza anastomosis colorrectal sin ileostomía de protección (IP). Paciente de 40 años que acude a urgencias por dolor abdominal de una semana de evolución asociado a fiebre. Analíticamente 18.000 leucocitos y PCR 453 mg/L. Se diagnostica mediante TC de diverticulitis aguda grado IV de la WSES. Se decide cirugía urgente: peritonitis purulenta generalizada. Necesitó drogas vasoactivas durante el procedimiento por lo que se decidió CCD. Precisó tres cirugías de revisión por persistencia de contaminación. Finalmente se realizó una I. de Hartmann debido a la fragilidad del paciente, reconstruyéndose el tránsito a los 10 meses. Paciente de 63 años dislipémico, diabético y bronquítico crónico, que acude a urgencias por segunda vez en el mismo día por dolor abdominal en hipogastrio de una semana de evolución. Analíticamente 21.000 leucocitos y PCR 285 mg/L. Se diagnostica mediante TC de diverticulitis complicada con absceso grado 2A de la WSES. Tras intentar realizar un drenaje percutáneo, el paciente empeora clínicamente por lo que se decide cirugía. Ante la inestabilidad se realiza una CCD, anastomosándose finalmente al día siguiente. Paciente de 74 años con ligadura de trompas previa, que acude a urgencias por dolor abdominal en epigastrio de 48h de evolución. Analíticamente 15.900 leucocitos y PCR 533 mg/L. Se diagnostica por TC de probable diverticulitis IV de la WSES. Se decide cirugía urgente: peritonitis purulenta difusa de los cuatro cuadrantes. Con necesidad de drogas vasoactivas intraoperatorias. Se realiza una CCD anastomosándose en una segunda revisión dejando una ileostomía de protección que se reconstruye a los 2 años.

Discusión: La CCD se plantea como una opción para evitar el alto número de colostomías secundarias a la cirugía de la diverticulitis urgente y la morbilidad asociada al Hartmann y sus estomas; sin despreciar los gastos que conlleva. Permite la estabilización del paciente crítico y valorar, en la cirugía de revisión, una posible anastomosis protegida o no por una ileostomía. Ante un paciente inestable hemodinámicamente por

un proceso diverticular y con indicación de cirugía, la CCD debe ser la técnica de elección. La I. de Hartmann debe quedar reducida a pacientes inestables, añosos y con múltiples comorbilidades.