



P-352 - LAVADO Y DRENAJE EN LA DIVERTICULITIS AGUDA CON PERITONITIS PURULENTA: ¿MITO O REALIDAD?

Jiménez Cubedo, Elena; Artés Caselles, Mariano; Alonso Sebastián, Isabel; León Fernández, Carmen; Bennazar Nin, Rosaura; León Gámez, Carmen Lucero; Lucena de la Poza, José Luis; Sánchez Turrión, Víctor

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Introducción: La diverticulitis aguda del colon es una patología frecuente de la población de los países industrializados y supone un importante gasto para el sistema sanitario. Hasta el 30% de los pacientes presentarán una complicación derivada de este proceso inflamatorio, y de ellos, un 15-30% necesitarán cirugía urgente durante el ingreso.

Objetivos: Evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico conservador de la diverticulitis aguda complicada con peritonitis purulenta en nuestro centro.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de pacientes intervenidos por diverticulitis aguda complicada en un hospital terciario entre enero de 2009 y diciembre de 2017. Recogimos datos demográficos de los pacientes (edad, sexo y antecedentes relevantes); hallazgos preoperatorios en TAC (neumoperitoneo y líquido libre); datos operatorios (diagnóstico de confirmación, tipo de cirugía realizada, colocación de drenaje, diagnóstico anatomo-patológico y estancia hospitalaria) así como el seguimiento (colonoscopia de control, presencia o no de recidiva y eventración). Igualmente, se recogió la necesidad de reintervención urgente durante el ingreso, por fallo del tratamiento primario.

Resultados: Se intervinieron 34 pacientes por diverticulitis aguda complicada (Hinchey III/IV) y 4 pacientes con diverticulitis complicada con absceso pélvico (Hinchey II) con criterios de cirugía durante el ingreso por mala evolución. La edad media fue de 63 años, 21 fueron hombres y 17 mujeres. El diagnóstico intraoperatorio fue 18 pacientes con peritonitis purulenta, 16 con peritonitis fecaloidea y 4 con diverticulitis complicada con absceso pélvico. Se realizaron 29 cirugías resectivas: 20 intervenciones de Hartmann, 3 sigmoidectomías con anastomosis primaria y 6 sigmoidectomías con ileostomía lateral. En los 9 pacientes restantes se realizó cirugía conservadora (6 pacientes: lavado y drenaje; 3 pacientes: lavado, sutura de la perforación y drenaje). 4 pacientes, con cirugía resectiva, fueron reintervenidos durante su ingreso (una dehiscencia del estoma, dos fugas de la anastomosis y una colección abdominal). Ningún paciente con cirugía conservadora se reintervino. El diagnóstico anatomo-patológico fue diverticulitis sin datos de malignidad. El 22% de los pacientes con diverticulitis purulenta en los que se realizó tratamiento conservador, con o sin sutura de la perforación, tuvieron alguna complicación postoperatoria. En los pacientes tratados con cirugía resectiva, las complicaciones fueron de 55%. La estancia media para los pacientes con peritonitis purulenta fue de 15 días (10 días tras cirugía conservadora y 19 días tras cirugía resectiva). En los casos con peritonitis fecaloidea fue de 34 días. Fallecieron 9 pacientes: 2 con peritonitis purulenta, ambos tras cirugías resectivas (sigmoidectomía con ileostomía lateral); y 7 con peritonitis

fecaloidea, todos ellos tras intervención de Hartmann. 3 pacientes presentaron recidiva de la diverticulitis durante el periodo de seguimiento, 2 tras cirugía conservadora y 1 tras resección intestinal.

Conclusiones: Es indiscutible el uso del procedimiento de Hartmann para el tratamiento de la diverticulitis aguda con peritonitis fecaloidea. Sin embargo, el tratamiento quirúrgico conservador mediante lavado y drenaje es una opción terapéutica con menor morbimortalidad y estancia media en pacientes con diverticulitis aguda grado III de Hinchey.