

**DIVERTICULITIS PERFORADA DE COLON: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. NUESTRA EXPERIENCIA**

Nelson S. Jaremczuk, José A. Viotti, José A. Acevedo, Aldo Lódolo, José J. Garibotti

Servicio de Cirugía General, Hospital Córdoba.  
Avenida Patria esquina Libertad - 5000 Córdoba - Argentina.

RESUMEN

Se presentan 6 casos de diverticulitis perforada, que necesitaron intervención quirúrgica de urgencia. El objetivo es considerar nuestras pautas de diagnóstico y tratamiento, ante la presentación de dicha patología y justificar como técnica de elección para los casos de peritonitis generalizada la Técnica de Hartmann.

INTRODUCCION

La Enfermedad Diverticular del Colon es una patología propia de la civilización occidental. Fue descrita por Littre en el Siglo XVIII, siendo definida como entidad patológica por Cruveilhier. Su incidencia es alta y aumenta con la edad<sup>12,15</sup>. De todos los portadores de divertículos en el colon, un 10 al 20 % desarrolla diverticulitis en su evolución, presentando un 15 al 20 % las siguientes variables en la complicación: obstrucción, perforación<sup>6</sup>; siendo esta última, tal vez la más grave por la dificultad diagnóstica y problemática en el tratamiento<sup>11,13</sup>. El objetivo de este trabajo es indicar las pautas de actuación de nuestro Servicio, resaltando la operación de Hartmann como elección en la técnica quirúrgica de diverticulitis perforada de colon.

MATERIAL Y METODOS

En los últimos 5 años han sido operados de urgencia en nuestro Servicio de Cirugía General, un total de 6 pacientes con perforación diverticular.

El rango de edad comprende de los 45 a 66 años, promedio 55 años. La distribución por sexo ofrece una relación 2/1 varón mujer. Para el diagnóstico preoperatorio se realizó la exploración clínica y de laboratorio: recuento de glóbulos blancos, fórmula leucocitaria, V.S.G. y radiología: Rx directa de abdomen de pie y acostado y Rx de tórax de frente. Con estos parámetros el diagnóstico fue correcto de diverticulitis perforada en sólo 1 caso, siendo diagnosticado el resto como Abdomenes Agudos Perforativos y Peritoníticos.

La antibióticoterapia preoperatoria fue en todos los casos la triple asociación de Penicilina, Cloranfenicol y Gentamicina, con el fin de cubrir la contaminación contra gérmenes Gram (-) y Anaerobios.

Las técnicas quirúrgicas empleadas en 5 pacientes fue Operación de Hartmann y en 1 colostomía transversa, más lavado de cavidad abdominal en todos los casos con solución fisiológica 5000 ml. Señalamos la no utilización en nuestra serie de exteriorización del segmento afecto ni la resección con anastomosis primaria.

La antibióticoterapia postoperatoria fue igual que la preoperatoria en 3 casos, cambiando en los otros 3 a la asociación de Penicilina, Metronidazol, más Aminoglucósido.

RESULTADOS

Con los métodos enunciados, la complicación fundamental fue infección de la herida operatoria.

La reconstrucción del tránsito intestinal en las Operaciones de Hartmann se realizó en 3 de los pacientes a los 4, 5 y 7 meses, mediante anastomosis manual en dos planos. El caso de colostomía se reintervino 12 meses después realizándose Operación de Dixon, dejando la colostomía original como protección.

La mortalidad fue de 1 caso, en una paciente en mal estado general en el momento de la cirugía, que en la inducción anestésica presentó broncoaspiración, con diagnóstico de neumopatía por aspiración, sufriendo paro cardio-respiratorio 24 horas después de la intervención quirúrgica.

## DISCUSION

Dado que la Enfermedad Diverticular del Colon, presenta como complicación la perforación, originando un cuadro infeccioso (peritoneal) grave<sup>7</sup>, es que la sospecha de dicha entidad nosológica debe estar presente, siguiendo para ello como pilares en el diagnóstico: 1) Datos clínicos. Todos los síntomas y signos inespecíficos, siendo importante el antecedente de enfermedad diverticular<sup>6,8</sup>. 2) Laboratorio: Presente con leucocitosis con neutrofilia y V.S.G. acelerada, estos datos presentes en el 100 % de nuestro estudio. 3) Rx directa de Abdomen, de pie y acostado y Rx de tórax<sup>8</sup>. No utilizamos el colon por enema, ecografía abdominal ni tomografía axial computada en el proceso agudo<sup>2, 15</sup>.

Con relación al tratamiento, ante la sospecha de paritonitis purulenta y fecaloidea, el acuerdo de los autores consultados es quirúrgico, existiendo numerosas técnicas que puede resumirse en: 1) Drenaje con o sin colostomía, 2) Exteriorización del segmento afecto, 3) Colostomía sin resección del segmento afecto y 4) Resección con o sin anastomosis primaria<sup>3, 4, 10</sup>.

Respecto al primer punto de drenaje, no lo consideramos efectivo para los casos de diseminación generalizada del proceso infeccioso<sup>5</sup>. La exteriorización del segmento afecto conlleva el proble-

ma de ser técnicamente "sucias", acompañada de inflamación y retracción del meso sigma.

De lo expuesto surge nuestra preferencia por la resección del segmento comprometido sin anastomosis (Op. de Hartmann)<sup>15</sup>, ya que no somos partidarios de realizar la misma con la presencia de contaminación colónica<sup>1,9</sup>, no suscribiéndonos a la posibilidad de la irrigación del colon y posterior anastomosis en el acto operatorio.

Somos defensores de la Técnica de Hartmann por tener baja mortalidad, erradica el foco infeccioso, que resulta en una solución quirúrgica generosa y que saca al paciente del peligro de muerte por la enfermedad descripta<sup>6</sup>.

## SUMMARY

Six cases of perforated diverticulitis are presented that needed urgency surgery. The objective is to consider our guides of diagnosis and treatment towards this pathology and to justify Hartmann's operation as the technique of choice for these cases of generalised peritonitis.

## BIBLIOGRAFIA

1. Alanis A Papanicolaou G K, Tadrós R R, Fielding L P: Primary resection and anastomosis for treatment of acute diverticulitis. *Dis Colon Rectum*, 32: 933-939, 1989.
2. Balducci D, Pancaldi R, Borgo G, Chiodaroli R: Diverticolite perforata del colon. *Problemi di diagnosi e di tattica chirurgica*. *Minerva Chir* 44: 1995-2000, 1989.
3. García Borda F J, Gutiérrez Calvo A, Nuno Vázquez-Garza J: Diverticulitis del colon perforada: diagnóstico y tratamiento. *Rev Esp Enferm Apar Dig* 75: 21-24, 1989.
4. Heguera J, Gutiérrez V: Cirugía de urgencia en la enfermedad diverticular del colon. *Rev Arg Cir* 51: 114-116, 1986.
5. Herzog P: Sonographie in der diagnostik und verlaufsbeobachtung der kolondivertikulitis, *Z Gastroenterol* 27: 426-431, 1989
6. Huber M A, Woisetschlager R: Die operative therapie der komplizierten divertikerkrankung. *Zentralbl Chir* 116: 999-1007, 1991.

7. Martínez R, Romero O, Dezano V: La operación de Hartmann en el tratamiento de la colopatía diverticular complicada. *Prensa Med Arg* 73: 511-512, 1986.
8. Rege R V, Nahrwold D L: Diverticular disease. *Curr Probl Surg* 26: 13-189, 1989.
9. Renier J F, Goeau-Brissonniere O, De Cervens T: Traitement chirurgical des sigmoïdites diverticulaires perforées. Etude retrospective a propos de 45 cs. *J Chir* 126: 567-574, 1989.
10. Rozier E, Bilenca O: **Enfermedad diverticular de colon complicada.** *Prensa Med Arg* 73: 513-514, 1986.
11. Schieppati E, Bumashny E: **Complicaciones agudas de las colopatías benignas.** *Prensa Med Arg* 73: 514, 1986.
12. Vadra J, Altrudi R: Diverticulitis perforada con peritonitis generalizada. *Rev Arg Cir* 51: 121-122, 1986.
13. Wedel J, Banzhaf G, Mrohs A, Fischer R: Pladoyer furdie primare resektion mit primarer anastomose bei der komplizierten sigmadivertikulitis erfahrungsbertcht der chirurgisehen. *Klinik Herford*. 1973 bis 1986. *Langenbecks Arch Chir* 374: 259-266, 1989.
14. Wehmann T W, Rongaus V A: Diverticular disease in young adults. *J Am Osteopath Assoc* 89: 791-793, 1989.
15. Wehrli H: Die divertikelkrankheit: wann soli operiert wenden?. *Ther Umsch* 48: 480-487, 1991.