



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARIA DE SALUD

HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

ABDOMEN AGUDO POR PERFORACION DE DIVERTICULOS DE COLON.

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

CIRUJANO GENERAL

P R E S E N T A

DR. ARMANDO BASILIO ROQUE

ASESOR DE TESIS: DR. JAVIER GARCIA ALVAREZ

MÉXICO, D.F. AGOSTO, 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

Dr. Luís Delgado Reyes

Jefe de la división de Enseñanza

Dr Javier Garcia Alvarez
Profesor Titular Del Curso Universitario
De Cirugia General
Asesor De Tesis

AGRADECIMIENTOS:

AGRADEZCO INFINITAMENTE A MIS PADRES POR EL APOYO INCONDICIONAL QUE HAN MOSTRADO A LO LARGO DE ESTE TIEMPO...A QUIENES NO SOLO DEBO ALTAS HORAS DE ESFUERZO DÍA A DÍA, NOCHES DE DESVELO Y PREOCUPACIÓN, A USTEDES QUE REPRESENTAN TODO LO QUE ANHELO SER EN UN FUTURO COMO PERSONA Y COMO RECTORES DE LA CARRERA MAS IMPORTANTE... LA VIDA.

A TI...

QUE ERES MI MOTIVACION.

ÍNDICE

ABDOMEN AGUDO POR PERFORACION DE DIVERTICULOS DE COLON.	;	Error! Marcador no definido.
ANTECEDENTES:.....	;	Error! Marcador no definido.
HISTORIA:.....	;	Error! Marcador no definido.
EPIDEMIOLOGÍA:.....	;	Error! Marcador no definido.
CUADRO CLÍNICO:.....	;	Error! Marcador no definido.
DEFINICIONES:.....	;	Error! Marcador no definido.
CLASIFICACIONES:.....	;	Error! Marcador no definido.
DIAGNÓSTICO:.....	;	Error! Marcador no definido.
TRATAMIENTO MÉDICO:.....	;	Error! Marcador no definido.
OBJETIVO:.....	;	Error! Marcador no definido.
MATERIAL Y METODOS:.....	;	Error! Marcador no definido.
DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO: ..	;	Error! Marcador no definido.
Criterios de inclusión:.....	;	Error! Marcador no definido.
Criterios de exclusión:.....	;	Error! Marcador no definido.
VARIABLES:.....	;	Error! Marcador no definido.
RESULTADOS:.....	;	Error! Marcador no definido.
DISCUSIÓN:.....	;	Error! Marcador no definido.
CONCLUSIONES:.....	;	Error! Marcador no definido.
BIBLIOGRAFÍA.....	;	Error! Marcador no definido.

ANTECEDENTES:

HISTORIA:

La enfermedad diverticular es una enfermedad la cual aumenta en el siglo XX. Litre describe por primera vez la enfermedad diverticular adquirida del colón, en 1700. En 1849, Cruveilhier da la primera descripción del proceso anatomopatológico de los divertículos, con la formación de fístulas benignas con vejiga. Grasser introduce el término diverticulitis. Beer en 1904, postula que la impactación fecal en el cuello del divertículo causa inflamación y absceso, que da como resultado la diverticulitis. La primera descripción en relación a la enfermedad diverticular complicada correspondió a Mayo, en 1907. En 1917, Telling y Gruner publicaron su descripción clásica de la enfermedad diverticular complicada. Smithwick propuso en 1942, el manejo quirúrgico en tres tiempos, informando una elevada morbilidad y mortalidad asociadas (1, 2).

EPIDEMIOLOGÍA:

La enfermedad diverticular es común e incrementa con la edad. La prevalencia de la enfermedad puede ser subestimada, es similar en el hombre que en la mujer y se eleva con la edad. Actualmente, la prevalencia se establece en el 5-25% en los pacientes en la quinta década y de 50-60% en los pacientes de más de 85 años. Con el incremento de individuos de edad avanzada, la incidencia de la enfermedad diverticular y sus complicaciones aumentara. La diverticulitis complicada permanece como causa insignificante de morbilidad y mortalidad en pacientes afectados con este problema. La mortalidad asociada es mayor es pacientes de edad que la de los pacientes jóvenes, en los cuales la presentación de la enfermedad, suele ser más agresiva, asociándose con

episodios de recurrencia de la inflamación, presentando altas tasas de complicación y reintervenciones, en pacientes menores de 40 años (3, 7). Estudios epidemiológicos han demostrado asociación entre dieta baja en fibra, alta en carbohidratos refinados y el aumento de la presión intraluminal, como causas relacionadas con la patogénesis, el riesgo de perforación puede incrementarse por el uso de antiinflamatorios no esteroideos (1, 3, 5, 7, 8).

CUADRO CLÍNICO:

A menudo los pacientes desarrollan dolor en el cuadrante inferior izquierdo, que puede generalizar a todo el abdomen según su evolución; puede acompañarse de náuseas y vómitos, así como alteraciones del tránsito intestinal, ya sea diarreas o estreñimiento. Puede presentarse sintomatología urinaria, debido a la irritación que produce la masa inflamatoria en vecindad del aparato genitourinario. La exploración presenta amplias variaciones, que se presentan desde un cuadro asintomático, hasta una peritonitis difusa con alteraciones sistémicas; la fiebre y leucocitosis son útiles en el seguimiento del paciente (1, 6, 9).

DEFINICIONES:

Diverticulosis: presencia de divertículos, los cuales son asintomáticos.

Enfermedad diverticular: presencia de divertículos asociados con síntomas.

Diverticulitis: evidencia de inflamación diverticular con o sin síntomas localizados y signos.

Diverticulitis complicada: perforación, absceso, fístula, estenosis/obstrucción.

Por definición diverticulitis significa microperforación en todos los casos. Perforación es la ruptura de un absceso peridiverticular hacia la cavidad abdominal, causando peritonitis purulenta o fecal (6).

CLASIFICACIONES:

Los divertículos del colon son protrusiones de la mucosa y muscularis mucosa a través de la muscularis propia de la pared intestinal.

Están localizados preferentemente en el colon sigmoides y pueden encontrarse en todo el colon en un 10% de los casos. El recto virtualmente nunca es asiento de enfermedad diverticular.

TERMINOLOGIA:

I. Enfermedad diverticular asintomática.

II. Enfermedad diverticular sintomática

A. Inflamatoria

1. No complicada

2. Complicada.

B. No inflamatoria

1. Dolor agudo

2. Dolor crónico

3. Hemorragia.

La enfermedad diverticular se puede clasificar atendiendo a criterios clínicos según el siguiente esquema:

- Enfermedad asintomática.
- Enfermedad sintomática no complicada.

- Enfermedad sintomática recurrente.
- Enfermedad complicada (hemorragia, absceso, flemón, perforación, peritonitis, estenosis, fístula, adherencias)

La clasificación de la diverticulitis más aceptada es la de Hinchey:

- Grado I: absceso pericólico o mesentérico.
- Grado II: absceso pélvico tabicado.
- Grado IIa: absceso accesible mediante drenaje percutáneo (modificada de Hinchey).
- Grado IIb: absceso complejo asociado o no a fístula (modificada de Hinchey).
- Grado III: peritonitis purulenta.
- Grado IV: peritonitis fecaloidea (1, 5).

DIAGNÓSTICO:

En la década de 1930, las pruebas radiográficas se convirtieron en el método de elección. En la década de 1960 la colonoscopia permitió la visualización directa de la mucosa del colón, pero con importantes complicaciones en el episodio agudo. En la década de 1980, con la aparición de la Tomografía axial computarizada (TAC) se dispone de un importante instrumento diagnóstico y, unido a está, la posibilidad de tratamiento de abscesos diverticulares mediante punción guiada. Es recomendada como exploración radiológica inicial.

En los casos de diverticulitis complicada, la TAC abdominal aporta una sensibilidad del 90-95% y una especificidad casi del 100% (1, 5, 6).

Actualmente se considera que la TAC abdominal con contraste oral, es la prueba diagnóstica inicial. Otra prueba auxiliar es un colon por enema con material hidrosoluble, ya que el bario no está indicado cuando sospechamos una perforación.

La rectosigmoidoscopia no está indicada en el cuadro agudo, excepto cuando tenemos la duda diagnóstica de una neoplasia.

TRATAMIENTO MÉDICO:

Algunos estudios demuestran que en la enfermedad no complicada, se sugiere para la prevención una dieta rica en fibra y ejercicio. Se han utilizado algunos medicamentos, como rifampicina, mezalacina; que en algunos estudios ha demostrado disminución de los síntomas recurrentes y así se ha asociado con reducción de episodios de perforación; así como también la asociación de opioides y antiinflamatorios no esteroideos, se les ha relacionado con mayor riesgo de perforación (6).

Las indicaciones para cirugía en la enfermedad diverticular son:

- Peritonitis fecal o purulenta
- Sepsis no controlada
- Fístula
- Obstrucción
- Incapacidad para excluir carcinoma

La peritonitis fecal o purulenta se maneja tradicionalmente en tres procedimientos, el primer procedimiento es para el control de la sepsis, por

drenaje y realización de transversostomía, en un tiempo inespecífico; el segmento es extirpado y en un tercer procedimiento cierre de colostomía con restitución del tránsito intestinal. Sin embargo, con alto índice de mortalidad, posteriormente se evoluciona a dos procedimientos, que incluye control de sepsis, realización de colostomía y muñón rectal (procedimiento de Hartmann), con una reducción de la mortalidad a la mitad. El procedimiento de una etapa (anastomosis primaria) podría reducir los índices de peritonitis posoperatoria y reoperación de emergencia; sin embargo, se ve limitada por falla de la anastomosis debido a contaminación peritoneal, edema o inflamación intestinal, falta de preparación del intestino. Se ha introducido técnicas preoperatorias como drenaje guiado por tomografía computada, para drenar abscesos lo cual podría disminuir la falla de la anastomosis y facilitar la anastomosis primaria (6).

OBJETIVO:

1. Determinar la morbimortalidad de la enfermedad diverticular de colón complicada con perforación en el Hospital Juárez de México, en el periodo de 5 años, comprendido de 1º de Enero del 2002 al 31 de Diciembre del 2007.
2. Analizar los factores que influyen en el desarrollo de las complicaciones y el resultado clínico del paciente.

El tipo de estudio propuesto, es un estudio retrospectivo, observacional, de tipo transversal.

MATERIAL Y METODOS:

DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO:

La población que se analiza en el presente estudio son los pacientes que acudieron al Hospital Juárez de México, a quienes se les diagnosticó enfermedad diverticular complicada con perforación, ya sea antes o después del manejo quirúrgico.

Criterios de inclusión:

- Expedientes de pacientes hospitalizados en el Hospital Juárez de México, en el periodo comprendido del 1º de Enero del 2002 al 31 de Diciembre del 2007, con diagnóstico de Enfermedad diverticular de colón complicada con perforación.
- Expedientes de pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Juárez de México, con diagnóstico postquirúrgico de Enfermedad diverticular complicada.
- Pacientes que cuenten con dictado quirúrgico que evidencie la Enfermedad diverticular complicada.

Criterios de exclusión:

- Todos aquellos pacientes que tengan enfermedad diverticular no complicada.
- Aquellos pacientes que no cuenten con expediente clínico.

Se revisó todos los ingresos existentes en el departamento de estadística así como en la base de datos del servicio de cirugía general del año 2002 al 2007, de donde se obtuvieron los expedientes de pacientes que ingresaron al Hospital Juárez de México, con el diagnóstico de enfermedad diverticular complicada con perforación, en el periodo comprendido de 1º de Enero del 2002 al 31 de Diciembre del 2007.

VARIABLES:

1. Grupo de Edad. (variable ordinal; <39 y >40 años de edad)
2. Sexo. (variable nominal; masculino: femenino)
3. Enfermedades concomitantes. (variable nominal; DM, HTAS, EPOC, Cáncer, Enfermedad cardiovascular, artritis reumatoide, insuficiencia renal, y otras)
4. Antecedentes quirúrgicos
5. Diagnóstico preoperatorio. (variable nominal; abdomen agudo, enfermedad diverticular complicada, enfermedad diverticular no complicada)
6. Diagnóstico postoperatorio. (variable nominal; enfermedad diverticular perforada, diverticulitis, peritonitis fecal, peritonitis purulenta)
7. Diagnóstico histopatológico. (variable nominal; el que haya resultado)
8. Tipo de cirugía realizada. (variable nominal; en un tiempo, en dos tiempos (resección intestinal, colostomía y procedimiento de Hartmann), y en tres tiempos)

9. Mortalidad postoperatoria. (variable nominal; si: no; fallecimiento dentro de los primeros 30 días posterior a la cirugía)
10. Morbilidad postoperatoria. (variable nominal; relacionadas al sitio quirúrgico: dehiscencia de anastomosis, dehiscencia de herida quirúrgica, infección de sitio quirúrgico; y no relacionadas al sitio quirúrgico: neumonía, tromboflebitis, embolia pulmonar, otras)

CONCLUSIONES:

En el presente trabajo se encuentra, discordancia entre los hallazgos reportados, en el dictado quirúrgico, y el reporte de patología, el cual se encuentran sesgos, e incluso, no se reporta como tal solo mencionando proceso inflamatorio inespecífico, lo cual hace pensar que dentro de los hallazgos son solo por apreciación del cirujano, en la cual no se logra identificar la presencia del divertículo perforado, enviando muestras inadecuadas.

Se ha observado que el procedimiento que se realiza con mayor frecuencia es solo resección, con realización de colostomía y procedimiento de Hartmann en todas las presentaciones clínicas, pudiera ser por la falta de estadificación por parte de nuestro servicio, así como por la urgencia y las malas condiciones generales en las que se encuentra nuestra población, no se cuenta con un seguimiento ni estudio de los pacientes, ya que la mayoría ingresan al servicio de urgencias con datos de abdomen agudo, resolviendo, en ese momento, la urgencia, en ningún caso se ha presentado, la resección y anastomosis primaria sin embargo, esto podría explicarse por la forma de presentación clínica y falta de preparación intestinal en la que se encuentran los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez, M. y cols. ENFERMEDAD DIVERTICULAR: REVISIÓN HISTÓRICA Y ESTADO ACTUAL. Cir Esp 2001; 70: 253-260.
 2. Villanueva, S.E. y cols. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR. Cir Gen 2000; 22: 138-142.
 3. Simón, E. J. J. y cols. MANAGEMENT OF DIVERTICULITIS BMJ 2006; 332: 271-5.
 4. Ferzoco, L.B. y cols. CURRENT CONCEPTS: ACUTE DIVERTICULITIS N Eng J Med 1998; 338: 1521-1526.
 5. Jacobs, Danny O. DIVERTICULITIS N Eng J Med November 2007; 332: 271-275.
 6. Chapman, J. y cols. COMPLICATED DIVERTICULITIS Ann Surg 2005; 242: 576-283.
 7. Champan, J. y cols. DIVERTICULITIS: A PROGRESSIVE DISEASE? Ann Surg 2006; 243: 876-883.
- Mark, H. y cols. ACUTE ABDOMINAL PAIN Med Clin N Am 2006; 90: