



CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



ARTÍCULO ORIGINAL

Valor pronóstico de la presencia de burbujas de aire libre pericólico detectadas por tomografía computada en diverticulitis aguda

Mario Antonio García-Gómez*, Carlos Belmonte-Montes, Carlos Cosme-Reyes y Manuel Preben Aguirre García

Servicio de Cirugía, Centro Médico ABC, Ciudad de México, México

Recibido el 3 de marzo de 2016; aceptado el 26 de octubre de 2016

PALABRAS CLAVE

Diverticulitis colónica;
Tomografía axial computada;
Perforación intestinal

Resumen

Antecedentes: La enfermedad diverticular es característica de los países industrializados. La tomografía computada se prefiere como método diagnóstico, y aunque se han descrito diferentes escalas para clasificarla, ninguna de ellas engloba el comportamiento completo de la enfermedad.

Objetivo: Analizar los pacientes con diagnóstico de diverticulitis aguda comprobada por tomografía computada del Centro Médico ABC Campus Observatorio en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2012, en quienes como hallazgo tomográfico se identificaron burbujas de aire libre pericólico, y analizar si este hallazgo puede ser considerado como un factor pronóstico de la enfermedad.

Métodos: Se analizó el comportamiento clínico de 124 pacientes con presencia de burbujas de aire libre pericólico en la tomografía computada con diagnóstico de diverticulitis aguda.

Resultados: De los 124 pacientes, 29 presentaron burbujas de aire libre pericólico en la TC; de estos, el 62.1% tenían datos de irritación peritoneal al momento de la valoración inicial ($p < 0.001$); además, presentaban mayor leucocitosis al momento de la valoración inicial (13.33 vs 11.16, $p < 0.001$) y mayor bandemia (0.97 vs 0.48, $p < 0.001$). Así mismo, se identificó una mayor estancia intrahospitalaria (5.5 días vs 4.3 días, $p < 0.001$) y un mayor tiempo de inicio y tolerancia a la vía oral (4.24 días vs 3.02 días, $p < 0.001$) en comparación con los pacientes que carecían de este hallazgo tomográfico.

Conclusiones: La presencia de burbujas de aire libre pericólico en pacientes con diverticulitis aguda puede ser relacionada con un curso más agresivo de la enfermedad.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia. Sur 136, #116, consultorio 216, Colonia Las Américas, Álvaro Obregón, CP 01120, Ciudad de México, México. Teléfono: 52717621. 52308000 ext. 4216.

Correo electrónico: marioagg@gmail.com (M.A. García-Gómez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2016.10.024>

0009-7411/© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Colonic diverticulitis;
Computed
tomography;
Intestinal
perforations

Prognostic value of the presence of pericolic air bubbles detected by computed tomography in acute diverticulitis

Abstract

Background: Diverticular disease is common in industrialized countries. Computed tomography has been used as the preferred diagnostic method; although different scales have been described to classify the disease, none of them encompass total disease aspects and behaviour.

Objective: To analyze the patients with acute diverticulitis confirmed by computed tomography at the ABC Medical Center Campus Observatorio from January 1, 2010 to December 31, 2012, in whom pericolic free air in the form of bubbles was identified by computed tomography and if this finding can be considered as a prognostic factor for the disease.

Methods: A series of 124 patients was analyzed who had acute diverticulitis confirmed by computed tomography, in order to identify the presence of pericolic bubbles.

Results: Of the 124 patients, 29 presented with pericolic bubbles detected by computed tomography; of these, 62.1% had localized peritoneal signs at the time of the initial assessment, ($P < .001$); leukocytosis (13.33 vs 11.16, $P < .001$) and band count (0.97 vs 0.48, $P < .001$) was higher in this group. Patients with pericolic bubbles had a longer hospital stay (5.5 days vs 4.3 days, $P < .001$) and started and tolerated liquids later (4.24 days vs. 3.02 days, $P < .001$) than the group of patients without this finding.

Conclusions: The presence of pericolic bubbles in patients with acute diverticulitis can be related to a more aggressive course of the disease.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Antecedentes

La prevalencia de la enfermedad diverticular se estima entre el 20 y el 60% de la población general. Su incidencia aumenta con la edad y es considerada una enfermedad característica de los países industrializados¹, manteniendo una relación directa con la ingesta baja de fibra en la dieta. En los países occidentales la diverticulosis colónica es una enfermedad poco común en poblaciones por debajo de los 40 años de edad y que afecta aproximadamente entre el 5 y el 10% de las personas de la quinta década de la vida, el 30% en la sexta década y alrededor del 60% en los pacientes de 80 años, sin mostrar predominio por el género^{2,3}.

La gran mayoría de los pacientes con diverticulosis colónica se mantienen asintomáticos durante toda su vida. Únicamente el 20% de estos pacientes desarrollan la complicación más frecuente, conocida como diverticulitis aguda (DA). Solo el 1% de los mismos requerirá tratamiento quirúrgico en cualquiera de sus modalidades. Se ha registrado un aumento en la prevalencia de pacientes que requerirán tratamiento médico o quirúrgico del 16% en los últimos 20 años, con aumento en la morbilidad asociada a esta patología⁴.

Dentro de las complicaciones de la enfermedad diverticular, la perforación intestinal asociada a DA representa alrededor del 75% de las emergencias diverticulares que requieren tratamiento quirúrgico y se asocia a una morbilidad aproximadamente del 40 al 44% y una mortalidad del 4.4 al 23.7%^{5,6}.

Mientras que en los casos de DA no complicada el tratamiento conservador con hidratación, reposo intestinal, analgesia y antibiotioterapia es el de elección, en los casos de DA complicada se tienen que tomar medidas drásticas

y un manejo más agresivo. Las estrategias óptimas de tratamiento están basadas actualmente en la severidad de la enfermedad de acuerdo a diversas clasificaciones, dentro de las cuales se encuentran las de Minnesota, Hinchey y Hinchey modificada por Wasvary y et al.^{7,8}. El tratamiento conservador de elección para la diverticulitis Hinchey 1 es con antibióticos y para Hinchey 2 es el drenaje del absceso más antibióticos. Cuando estos eventos de DA se asocian con perforación colónica con peritonitis difusa purulenta o fecal (clasificación de Hinchey 3 y 4, respectivamente) el tratamiento es quirúrgico. Desafortunadamente, la clasificación de Hinchey y la modificación de esta se basan en los hallazgos de la cirugía. Sin embargo, la correlación tomográfica con la clasificación de Hinchey ha demostrado ser de gran utilidad en la valoración preoperatoria^{9,10}. Cuando se analizan las escalas mencionadas, es importante recalcar que ninguna de ellas hace mención a la presencia de aire libre dentro de la cavidad en ninguna de sus formas, ya sea como neumoperitoneo localizado o a distancia, a pesar de ser un hallazgo que durante mucho tiempo se creyó indicativo de cirugía. Estas clasificaciones únicamente mencionan los cambios inflamatorios de la grasa pericólica y la presencia de absceso o líquido (signos de peritonitis purulenta o fecal) como datos relevantes.

De forma tradicional, la sigmoidectomía con colostomía terminal (procedimiento de Hartmann) o sigmoidectomía con anastomosis primaria son los procedimientos de elección para la diverticulitis Hinchey 3 y 4, habiéndose demostrado una menor mortalidad en los pacientes con anastomosis primaria así como menor estancia intrahospitalaria (EIH)^{11,12}.

Algunas propuestas menos invasivas, como el uso de la laparoscopia para lavado y drenaje seguido de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8831066>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8831066>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)