



Recepción: 20 / 03 / 2018

Aceptación: 30 / 05 / 2018

Publicación: 01 / 08 / 2018



Ciencias de la salud  
Artículo de investigación

## **Colectomía Total por Enfermedad Diverticular Caso Clínico: Hospital Homero Castanier Crespo**

*Total Colectomy due to Diverticular Disease  
Clinic Case: Hospital Homero Castanier Crespo*

*Colectomía Total para Doença Diverticular  
Caso clínico: Hospital Homero Castanier Crespo*

Gimson O. Cabrera S. <sup>I</sup>  
[kbrera.69@hotmail.com](mailto:kbrera.69@hotmail.com)

Hernán Crespo <sup>II</sup>  
[hernancrespo@hotmail.com](mailto:hernancrespo@hotmail.com)

Víctor Villavicencio <sup>III</sup>  
[victorvillavicencio@hotmail.com](mailto:victorvillavicencio@hotmail.com)

Correspondencia: [kbrera.69@hotmail.com](mailto:kbrera.69@hotmail.com)

<sup>I</sup> Magister en gerencia empresarial, Doctorado en gestión de empresas, Docente Principal de la Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.

<sup>II</sup> Doctor en Ingeniería, Docente de la universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

<sup>III</sup> Doctor en Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible, Docente de la universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

## Resumen

Los divertículos son un trastorno anatómico adquirido a consecuencia de la hiperpresión y al aumento de motilidad del colon, con influencia de factores ambientales como el consumo de fibra. Estudios demuestran una influencia de tipo hereditario que también influye en la afección, ante esto el presente trabajo pretende exponer un caso clínico observado en la Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues, Ecuador. Se trata de paciente femenino, de 70 años de edad hemorragia digestiva baja por enfermedad diverticular severa de colon, documentado con dos estudios endoscópicos, se le realiza colectomía con ileo-anastomosis latero-terminal sin complicaciones. Además de una documentación fotográfica de la intervención el estudio se acompaña de una revisión bibliográfica actual pertinente a la diverticulitis aguda, la intervención quirúrgica como atención a la enfermedad y los resultados favorables de la misma. El caso clínico concluye en recuperación de la paciente luego de dos días de cuidados intensivos postoperatorios y una observación hematológica rigurosa por complicación de defecto de coagulación sin especificación presentado por la paciente.

**Palabras clave:** diverticulitis; colectomía; hemorragia; digestiva; coagulación.

## Abstract

Diverticula are an acquired anatomical disorder resulting from hyper pressure and increased colon motility, influenced by environmental factors such as fiber consumption. Studies show an influence of hereditary type that also influences the affection. The present study aims to present a clinical case observed at the "Homero Castanier Crespo" Hospital in the city of Azogues, Ecuador. It is a female patient, 70 years old, low digestive hemorrhage due to severe diverticular colon disease, documented with two In addition to photographic documentation of the intervention, the study is accompanied by a current literature review pertinent to acute diverticulitis, surgical intervention as care for the disease and The clinical case concludes with the recovery of the patient after two days of postoperative intensive care and a rigorous hematological observation due to the complication of the unspecified Coagulation Defect presented by the patient.

**Keywords:** diverticulitis; colectomy; hemorrhage; digestive; coagulation.

## Resumo

Os divertículos são um distúrbio anatômico adquirido como resultado da hiperpressão e aumento da motilidade do cólon, influenciados por fatores ambientais, como o consumo de fibras. Estudos mostram uma influência da hereditariedade também influencia a condição, neste presente trabalho tem como objetivo apresentar o caso clínico observado em Homer Hospital Castanier Crespo Cidade Azogues, Equador. Ele é paciente do sexo feminino, 70 anos de idade, hemorragia digestiva baixa devido à doença diverticular grave, documentado com dois estudos endoscópicos, ele executou colectomía com anastomose ileal latero-terminal sem complicações. Além de uma documentação fotográfica da intervenção, o estudo é acompanhado por uma revisão bibliográfica atual relevante para diverticulite aguda, intervenção cirúrgica como atenção à doença e resultados favoráveis da mesma. O caso clínico conclui na recuperação do paciente após dois dias de cuidados intensivos no pós-operatório e uma rigorosa observação hematológica devido à complicação do defeito de squabulation sem especificação apresentada pelo paciente.

**Palavras chave:** diverticulite; colectomía; hemorragia; digestivo; coagulação.

## Introducción

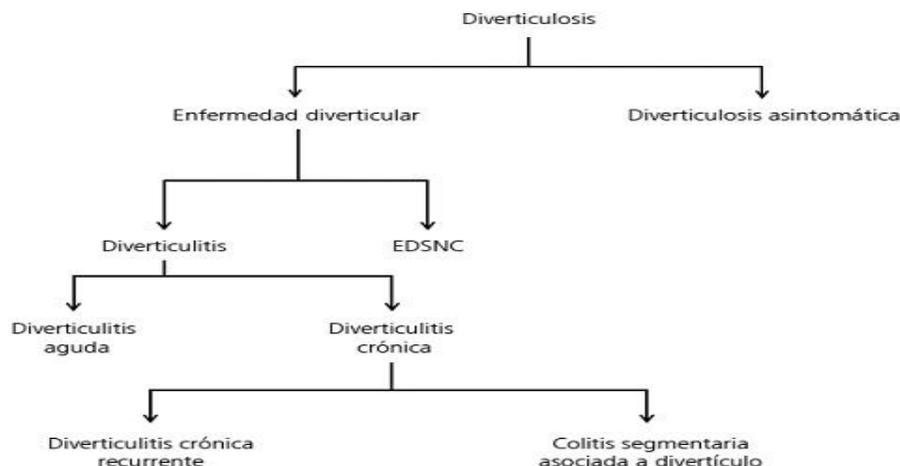
Los divertículos son un trastorno anatómico adquirido a consecuencia de la hiperpresión y al aumento de motilidad del colon, con influencia de factores ambientales como el consumo de fibra. La enfermedad diverticular (ED) del colon presenta una incidencia elevada en los países occidentales así concuerdan Rodríguez et al (2001) y Fluxá & Quera (2017), el bajo consumo de fibras es una de las razones que se le atribuye al sufrimiento de esta enfermedad; sin embargo, existe un cuadro completo de causas que desencadenan una diverticulitis. (Rodríguez, et al., 2001).

Al hablar de ED se debe separar las anomalías anatómicas del síndrome clínico. La diverticulosis describe el desarrollo de formaciones saculares de la mucosa y submucosa a través de áreas con capa muscular más delgada, donde los vasos sanguíneos penetran la pared intestinal. Esta patología debe ser diferenciada de divertículos encontrados en otras áreas del tracto gastrointestinal, incluyendo intestino delgado y colon ascendente. La ED describe cualquier cuadro que se origina como consecuencia de tener divertículos (Fluxá & Quera, 2017).

Resumiendo, el cuadro que desencadena una ED se presenta el siguiente esquema de términos que se relaciona con la diverticulosis y la Enfermedad Diverticular

**Figura 1**

Términos relacionados con la diverticulosis y la enfermedad diverticular



**Fuente:** Fluxá & Quera (2017).

Clásicamente se ha considerado la necesidad de que el paciente sea evaluado mediante colonoscopia completa o con la asociación de sigmoidoscopia y enema baritado para excluir otra causa del cuadro o valorar posibles complicaciones como la estenosis. Sin embargo, recientemente hay evidencia de que solamente 0,7% de sujetos tras un brote leve de diverticulitis evidenciada radiológicamente, tendrán patología cólica susceptible de tratamiento frente al 10% de quienes han tenido un brote grave, por lo que no se indica la colonoscopia de rutina en estos casos (Martínez, 2016).

Históricamente, la evaluación de cirugía profiláctica era sugerida después del segundo episodio de Diverticulitis Aguda. Actualmente esta indicación ha sido replanteada, señalándose que ésta debe ser discutida caso a caso considerando la severidad de los episodios, factores de riesgo del paciente, preferencia y calidad de vida. Estudios han demostrado que la calidad de vida después de una cirugía electiva no difiere al compararla con el grupo tratado con cirugía de urgencia o terapia farmacológica.

Sin embargo, un meta análisis señala que la calidad de vida en pacientes con diverticulitis no complicada es mejor post-cirugía laparoscópica versus tratamiento conservador. Pese a esta controversia, es importante considerar que 22% de los pacientes puede persistir con síntomas digestivos post-cirugía, < 5% de las recurrencias serán complicadas después de un episodio de DA no complicada y, finalmente, el número de episodios de recurrencia no tiene relación con el

riesgo de complicaciones. Considerando estos argumentos, creemos necesario mantener una conducta conservadora en la indicación quirúrgica en pacientes con episodios de recurrencia o síntomas crónicos (Fluxá & Quera 2017).

La diverticulitis aguda se ha categorizado clásicamente como no complicada cuando la inflamación está localizada, o complicada si se asocia a perforación grosera, absceso, peritonitis, fistula o estenosis. Los métodos de imagen se emplean para confirmar y estadificar la afección y el TC es el Gold estándar en la actualidad puesto que puede seleccionar a los pacientes con riesgo de complicaciones que no respondan a un tratamiento conservador (Martínez, 2016).

Existen controversias en el manejo quirúrgico actual de la diverticulitis aguda y una de ellas es la elección técnica, existen condicionantes particulares que dificultan un tratamiento más basado en la evidencia científica, a favor de una técnica que a priori resuelva el problema urgente, asumiendo -también teóricamente- menores riesgos. Así, tanto la tradición, como la experiencia en esta patología y las circunstancias específicas que generan las urgencias hospitalarias en nuestro entorno influyen sin duda en la decisión sobre qué técnica emplear. Pero esta decisión no es baladí, ya que una actitud derivativa fecal a ultranza puede condicionar el mantenimiento permanente de un estoma digestivo sin contar la morbimortalidad y costes asociados a una segunda intervención para reconstruirlo, y por el contrario, la realización de una resección y anastomosis en terreno séptico y con un paciente en condiciones cuando menos subóptimas, puede suponer un incremento del riesgo quirúrgico, sobre todo si se enfrenta a la intervención un equipo de guardia quizás fatigado, quizás con escasa experiencia en cirugía colorrectal compleja y posiblemente sin la disponibilidad de material idóneo (Martínez, 2016).

A pesar de la edad avanzada y de las enfermedades concurrentes significativas, la mayoría de los pacientes con HDB tienen desenlaces favorables. La mortalidad hospitalaria es inferior al 5 %, y en la mayoría de las ocasiones se debe a una enfermedad concurrente o a complicaciones nosocomiales y no a hemorragia incontrolada (Strate y Naumann, 2010).

En general, la cirugía se reserva para los pacientes con hemorragia potencialmente mortal en los que han fracasado otras opciones terapéuticas. Farrell y Friedman resumen las siguientes indicaciones para cirugía de urgencia para la HDB grave: hipotensión y shock a pesar de reanimación; hemorragia continua (transfusión de > 6 unidades de concentrado de eritrocitos) y ausencia de diagnóstico a pesar de estudio diagnóstico concienzudo de causas altas, medias y

bajas; hemorragia activa de una lesión digestiva segmentaria susceptible de curación o hemostasia permanente mediante cirugía, y si el paciente es un candidato quirúrgico con una esperanza de vida razonable. No obstante, normalmente es difícil tomar decisiones basadas sólo en criterios. Como medida de precaución, debe obtenerse una interconsulta quirúrgica en las primeras etapas de la hemorragia grave. Además, la cirugía se emplea con frecuencia en caso de hemorragia diverticular recidivante, aunque hay pocos datos que respalden esta práctica. Los modelos de análisis de decisiones que emplean datos en cuestión la práctica de la resección quirúrgica después de dos episodios de diverticulitis. Se han observado complicaciones de la cirugía para HDB nada menos que en el 60 % de los pacientes, y la tasa de mortalidad alcanza el 10 %. La localización del origen de la hemorragia antes de la operación es importante para prevenir la morbilidad excesiva que se da en la colectomía subtotal ciega y también para prevenir la resección de un segmento de intestino incorrecto (Strate y Naumann, 2010).

## **Materiales y Métodos**

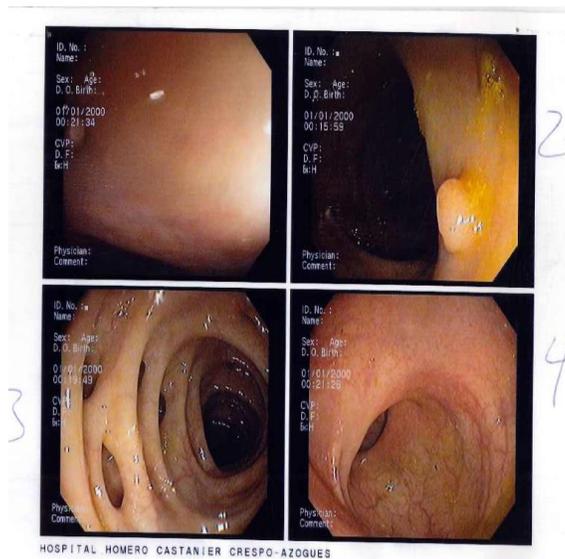
El caso clínico presentado trata de paciente femenino, de 70 años de edad con historia clínica de herniorrafia umbilical con data de 5 años. Peso 70kg, talla 150 cm, ingresa al centro clínico Hospital “Homero Castanier Crespo” por enfermedad diverticular y alteración en tiempos de coagulación que vierte en un diagnóstico de hemorragia digestiva baja por enfermedad diverticular severa de colon, documentado con dos estudios endoscópicos.

Muchos pacientes son diagnosticados casualmente en el curso de un estudio radiológico para el diagnóstico de síntomas abdominales no relacionados con la diverticulosis. Sin embargo, el enema opaco es una prueba poco precisa y con una alta tasa de falsos negativos y positivos para el diagnóstico de pólipos o neoplasia cólica, tumores cuya incidencia aumenta también a partir de la quinta década de la vida. Por ello, actualmente se recomienda la realización de una colonoscopia a todos los pacientes con diverticulosis sintomática, con la intención de descartar la presencia de una neoplasia (Parra, s/f)

La edad avanzada, el degeneramiento muscular y la atrofia de grasa son factores que interfieren en el debilitamiento de la fuerza tensil del colon (Escobar, 1991).

## Figura 2

### Imagen en colonoscopia de la Paciente



El informe de la colonoscopia de la paciente, data de 18 días previos a la intervención quirúrgica; reza dicho examen que se observa un pólipo menor a 5mm que, dada la alteración de los tiempos de coagulación no se ectomiza, imagen signada con el numero 2 a pulso. La imagen 3, continúa el informe, muestra que posee 21 cm de los márgenes anales en recto, sigmoides, descendentes, transversos y ascendentes donde se observan múltiples bocas diverticulares, aproximadamente entre 40 y 50, la mayoría se observan sigmoides y descendentes y escasas en transversos y ascendente. Por último, los 20 cm iniciales del recto están respetados.

Es así como se segrega en diagnóstico en 4 puntos.

Estudio hasta ciego

Buena preparación colonica

Enfermedad diverticular severa de colon, probable hemorragia diverticular

Pólipo sésil menor a 5 mm en ascendente, no se biopsia por cuagulopatía.

Luego de ser internada en servicio hospitalario por hemorragia rectal la paciente evidencia alteración en la coagulación por lo que no se puede realizar intervención quirúrgica, se indican múltiples transfusiones de plasma con tiempos de coagulación limítrofes se le realiza colecto mía con ileo-anastomosis latero-terminal sin complicaciones.

Se realiza incisión media supra e infra umbilical. Se expone cavidad abdominal disecando el mesocolon y des insertándole del peritoneo con especial cuidado en reconocer órganos como uréteres, porción retroprotnial del duodeno, estómago y bazo entre otros mediante ligadura individualizada de vasos ileocólicos. Cólica derecha, media e izquierda se reseca todo el marco cólico preservando los dos tercios inferiores del recto. Se realiza anastomosis ileon rectal lateroterminal en dos planos para reconstruir el tránsito intestinal.

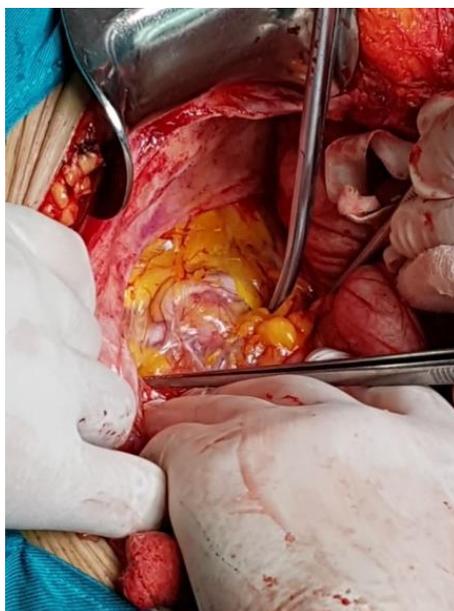
**Figura 3**

Inicio de la Incisión Media Supra e Infraumbilical



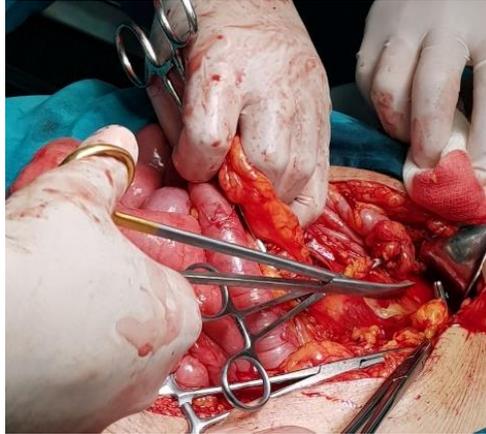
**Figura 4**

Reconocimiento de Órganos Desinserción del Peritoneo.



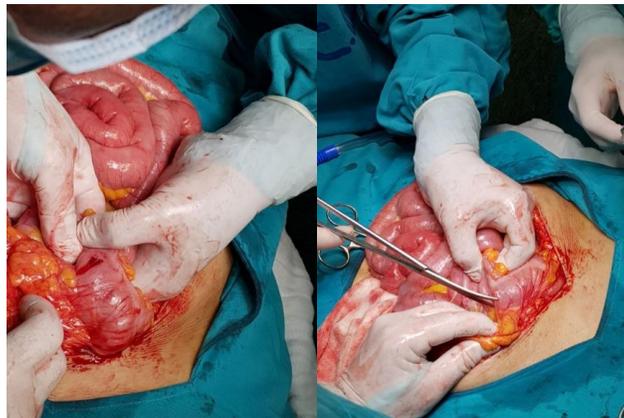
**Figura 5.**

Procedimiento de Preservación del Recto (A)



**Figura 6-7**

Procedimiento de Preservación del Recto (B y C)



**Figura 8**

Exposición del Colon Afectado



### Figura 9

#### Anastomosis Ileon rectal Lateroterminal en Dos Planos Reconstrucción del Tránsito Intestinal



### Resultados

Una vez identificado el tejido afectado y de su exitosa extracción se procede a sutura y verificación de estado del paciente listo para comenzar proceso de recuperación.

### Figura 10

#### ligadura individualizada de Vasos Ileocólicos Sutura Final del Procedimiento



La paciente es remitida a la Unidad de Cuidado Intensivos para su observación post quirúrgica en evolución favorable, sin embargo, se sugiere seguimiento por Hematología dado un sangrado leve en la herida quirúrgica y transfusión de tres unidades de plasma, aun así, evoluciona bien presentando al segundo día de cuidado intensivos una función renal adecuada y signos vitales completos, con algunas alteraciones de taquicardia, mas presión arterial estable. Por lo que egresa de la Terapia Intensiva con éxito quirúrgico.

## Conclusiones

Entendiendo que el caso clínico evidencia la necesidad de intervención quirúrgica se atiende no solo la diverticulitis aguda de la paciencia, sino que se reconoce la complicación del caso por edad y por el trastorno de coagulación. Es por ello que merece atención y monitoreo constante post operatorio de la paciente en función de vigilar en cuidado intensivos su fructífera recuperación

La patogenia de la ED ha sido recientemente cuestionada. La causa de la transición entre diverticulosis y ED es más compleja de los que se pensaba y probablemente multifactorial. (Fluxá & Quera, 2017).

La técnica más habitual, y en todos los escenarios posibles, es la resección con colostomía terminal (Martínez, 2016).

La mayoría de los pacientes que sufren de una diverticulitis aguda pueden ser tratados con éxito en forma médica. La indicación de cirugía luego de dos o más episodios de diverticulitis aguda está bien asentada en la literatura, siendo controversial en los casos de un solo episodio (Portalier & Sabat, 1996).

La indicación generalizada de cirugía profiláctica en caso de dos o más episodios de diverticulitis no complicada debe ser reconsiderada (Fluxá & Quera, 2017).

## Referencias Bibliográficas

Escobar, G. L. (1991). Enfermedad diverticular del colon. *Medicina*, 13(2), 10-22. Fernández-López, A. J., González-Valverde, M., Martínez-Sanz, N., Tamayo-Rodríguez, M. E., & Albarracín-Marín-Blázquez, A. (2016). Abdomen agudo por diverticulitis duodenal: caso clínico. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 108(10), 661-662.

Fluxá, D., & Quera, R. (2017). Enfermedad diverticular: mitos y realidades. *Revista médica de Chile*, 145(2), 201-208. [en línea], Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872017000200009&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872017000200009&script=sci_arttext&tlng=pt)

Martínez, A. S. (2016). Tratamiento quirúrgico de la diverticulitis aguda en la Comunidad Valenciana. Estudio multicéntrico (Doctoral dissertation, Universitat de Valencia).

Parra, N. (s/f) Colon, I. D. Y. Enfermedad diverticular del colon. [en línea], Disponible en [https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/38\\_Enfermedad\\_diverticular.pdf](https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/38_Enfermedad_diverticular.pdf)

Portalier, P., & Sabat, J. (1996). Cirugía respectiva electiva de la enfermedad diverticular del colon. *Revista Chilena de Cirugía*, 48(2). 179.

Rodríguez, M., Artigas, V., Trías, M., Roig, J. V., & Belda, R. (2001). Enfermedad diverticular: revisión histórica y estado actual. *Cirugía Española*, 70(5), 253-260.

Strate, L. y Naumann, C. (2010). Papel de la colonoscopia y los procedimientos radiológicos en el manejo de la hemorragia digestiva baja aguda. *AGA Clinical Gastroenterology and Hepatology*. Volumen 3 Número 2. Edición en español, 22-34.