

DIVERTICULITIS AGUDA

ESTADIO II DE HINCHEY

STAGE I.—This is a pericolic abscess confined by the mesentery of the colon. It may enlarge by spreading either deeper into the mesentery or along the outer layer of the bowel wall. The abscess may resorb with conservative therapy or may drain spontaneously into the lumen of the colon. It may, however, progress either to stage II or stage III.

STAGE II.—This is a pelvic abscess resulting from local perforation of a pericolic abscess. The abscess may be walled off by colon, mesocolon, omentum, small bowel, uterus, fallopian tubes and ovaries, and pelvic peritoneum.

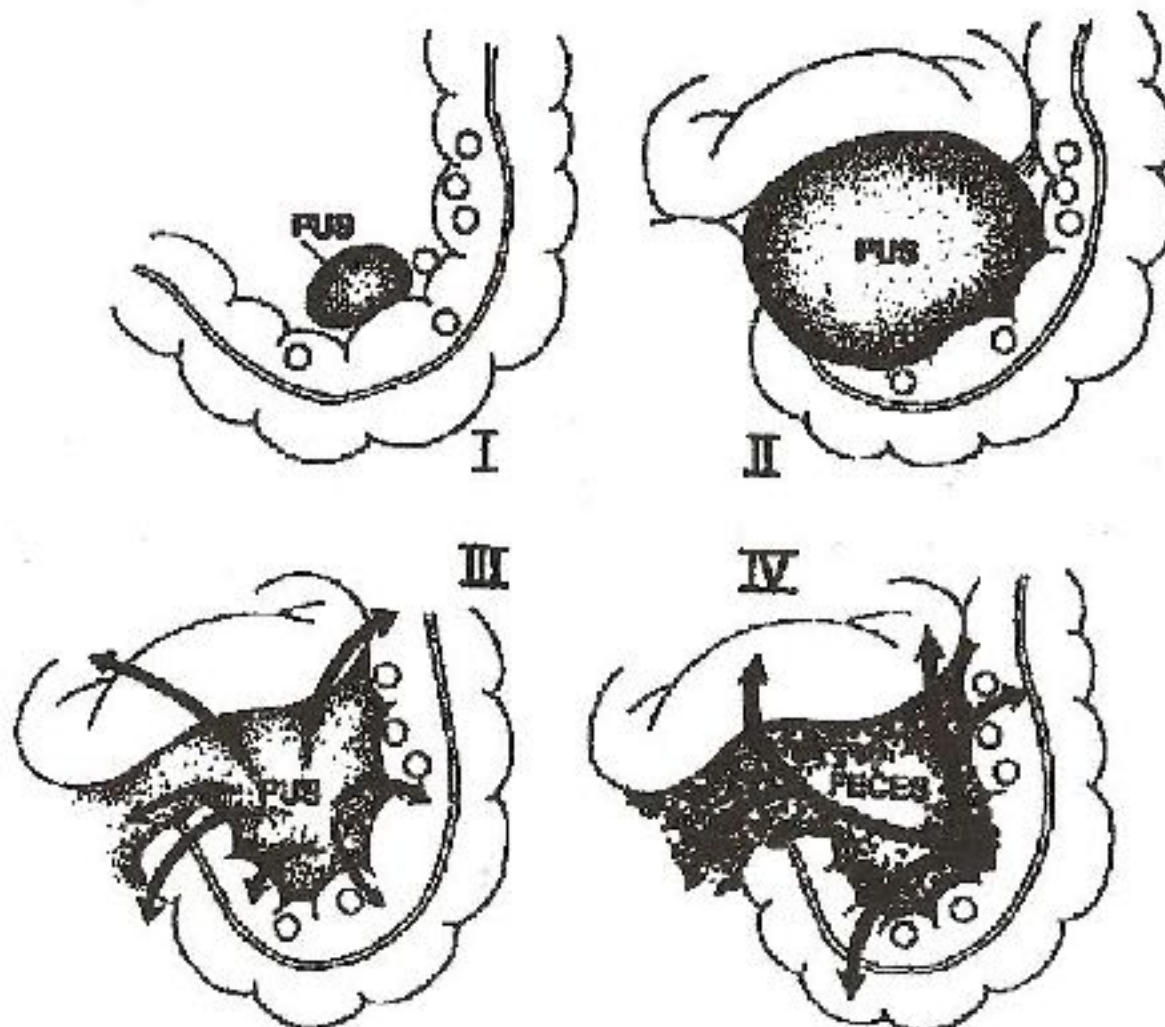


Fig 1. — The four clinical stages of perforated diverticular disease.

✓ HALLAZGOS CON EL TAC

- Inflamación de la grasa pericólica
- Engrosamiento de la pared colónica
- Abscesos mesocólicos y pélvicos
- Perforación con aire libre intraperitoneal
- Obstrucción intestinal
- Fístulas
- Puede excluir otras causas de abdomen agudo

Clasificación de Hinchey modificada

0	Clínica de diverticulitis moderada
Ia	Inflamación pericólica/flemón limitado
Ib	Absceso pericólico/intramesentérico limitado
II	Absceso pélvico, intraabdominal o retrocólico
III	Peritonitis purulenta generalizada
IV	Peritonitis fecaloidea
Fístula	Colo-vesical/-vaginal/-entérica/-cutánea
Obstrucción	Obstrucción de intestino delgado/grueso

PRESENTACIÓN CLÍNICA del ABSCESO por DIVERTICULITIS SIGMOIDEA

- Persistencia de los síntomas a pesar del tratamiento médico
 - Incremento del dolor
 - Incremento de la fiebre; escalofríos
- Signos de peritonitis localizada
- Masa dolorosa a la exploración
- Intensa leucocitosis

ESTADÍOS DE LA DIVERTICULITIS CON TAC

Diverticulitis moderada

Engrosamiento localizado de la pared (5 mm ó más)

Inflamación de la grasa pericólica

Diverticulitis severa

Absceso

Aire/contraste extraluminal

ABSCESES INTRA-ABDOMINALES

- La mayoría de los abscesos intra-abdominales mejoran con ATB
- Los abscesos > 6,5 cm tienen una alta probabilidad de fracaso con la terapia conservadora de ATB exclusiva y requieren drenaje percutáneo

Table 3.
Factors Associated With Failure of Conservative Management of Intra-abdominal Abscesses

	Clinical Improvement With Antibiotic Management	Failed Conservative Management	P Value
No. of patients	61	50	
Age (yr)	39 (25–48)	39 (29–50)	0.5694
Tmax-Admission (F)	100.8 (99.3–101.5)	101.2 (100.6–101.9)	0.0067
Admission WBC ($\times 10^3/\mu\text{l}$)	13.7 (10.7–16.8)	15.2 (13.1–18.5)	0.0622
→ Maximum abscess diameter (cm)	4 (3–6)	6.5 (5–10)	<0.0001

WBC = white blood cell.

Data are numbers with interquartile ranges in parentheses unless otherwise indicated.

DRENAJE PERCUTÁNEO DE ABSCESOS EN DIVERTICULITIS.

GUIADO POR:

✓
ECO?

✓
TAC?

✓ DRENAJE DE ABSCESOS EN DIVERTICULITIS COMPLICADA

✓ VÍAS DE ACCESO

TRANSABDOMINAL (ECO, TAC)

Anterior

Lateral

ENDOCAVITARIA (ECO)

Transvaginal

Transrectal

TRANSGLÚTEA (TAC)

Golfieri y Capelli. Tech Coloproct 2007;11:197-208
Sperling y cols. Radiology 1998;208:111-15
Harisinghani y cols. Radiology 2003;228:701-05

DRENAJE PERCUTÁNEO DE ABSCESOS

ÉXITO

Absceso simple

85-93 %

Absceso complejo

45-88 %

Gerzof y cols. N Engl J Med 1981;305:653-657

Gerzof y cols. Arch Surg 1985;120:227-32

Van Sonnenberg y cols. Radiology 1982;142:1-10

ABSCESOS COMPLEJOS

Abscesos multiloculados

Abscesos asociados a fístula

Colecciones cuya ruta de acceso
atraviere órganos

CONTRAINDICACIONES PARA EL DRENAJE DEL ABSCESO PÉLVICO

ABSOLUTAS

- Ausencia de ruta de acceso segura (órganos sólidos, intestino, vasos sanguíneos gruesos)

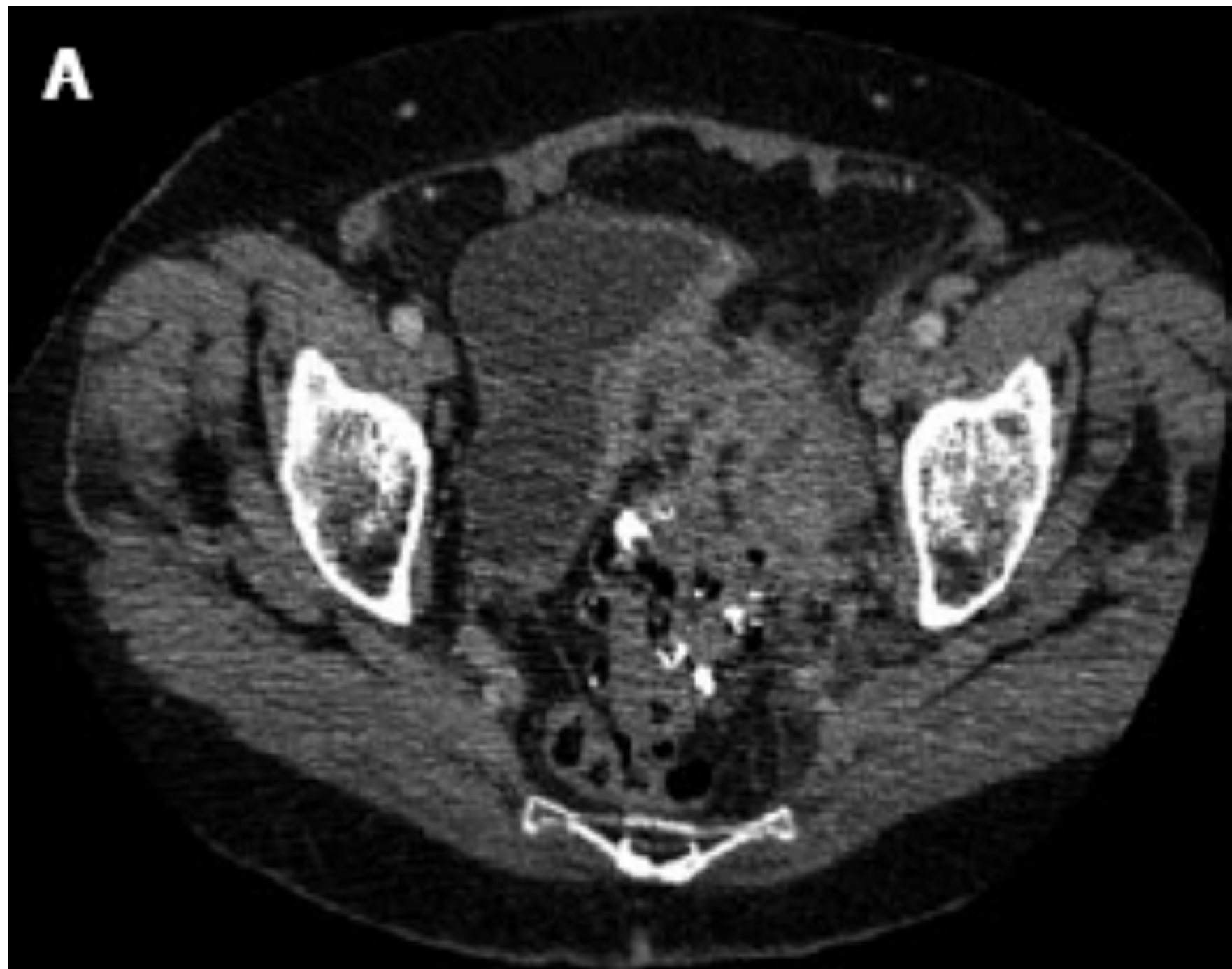
RELATIVAS

- Coagulopatía significativa
- No cooperación del paciente para mantener posición estable (sedación o anestesia)
- Alergia a medio de contraste
- Inestabilidad hemodinámica
- Comorbilidad severa incontrolable

B



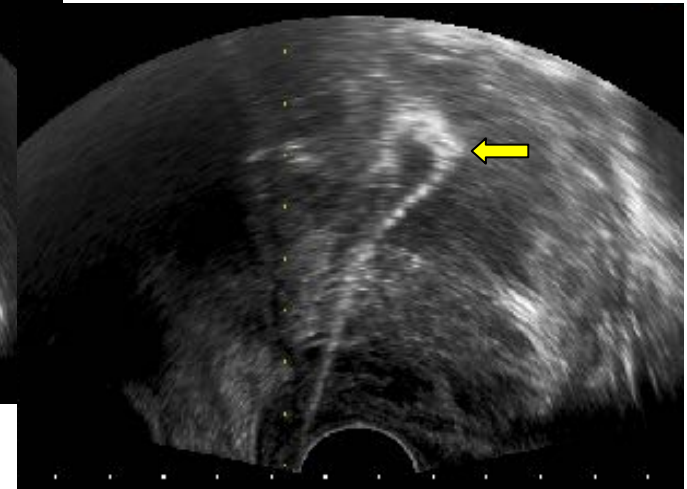
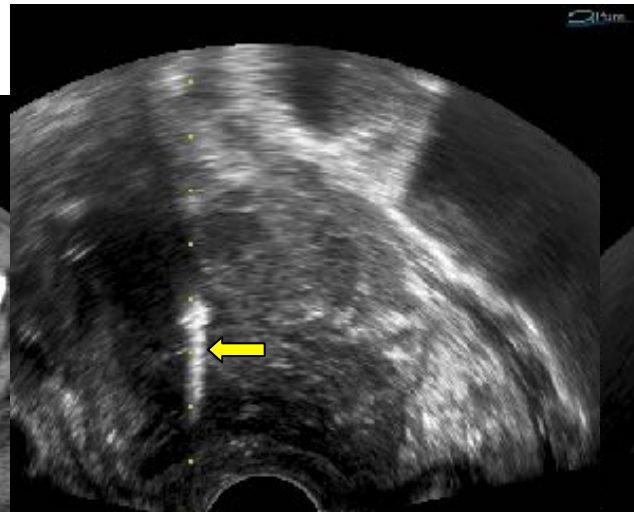
A

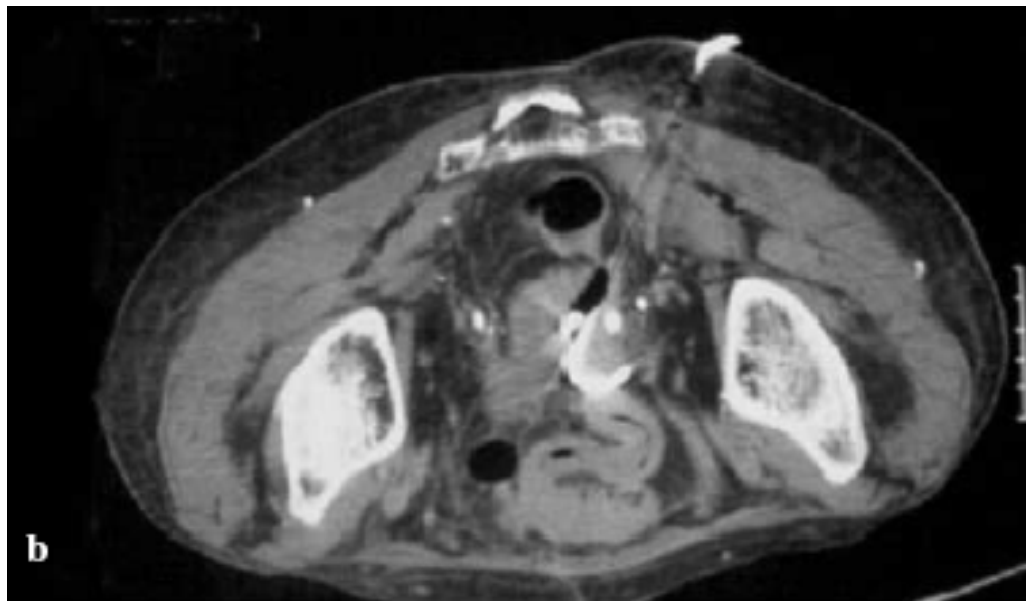
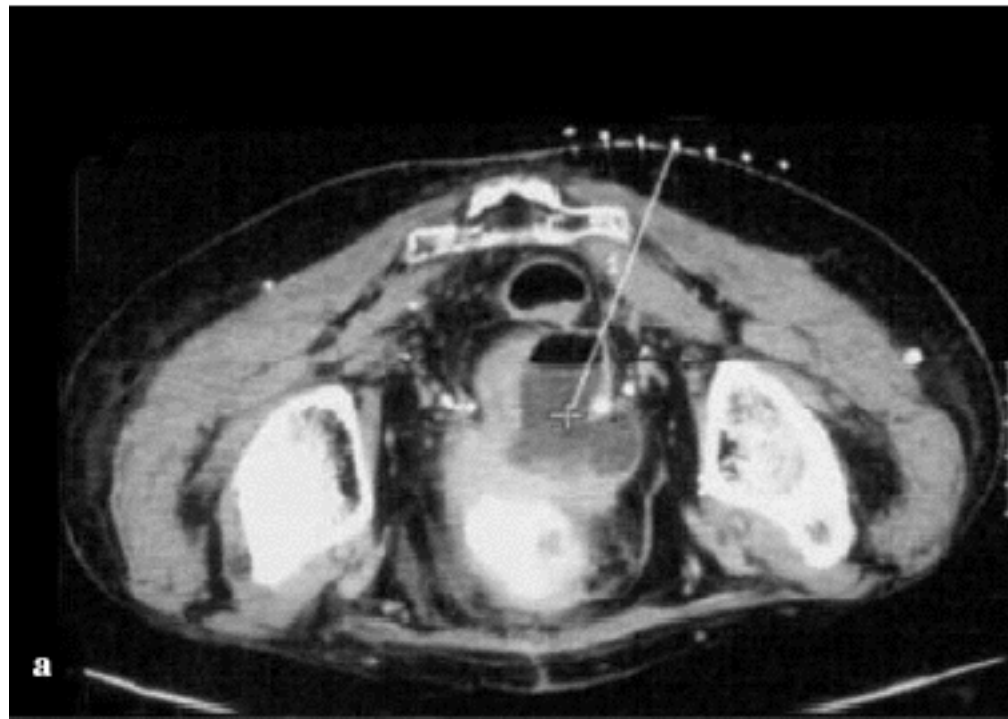




Golfieri y cols. Tech Coloproctol 2007;11:197-208

DRENAJE RADIOLÓGICO ENDOCAVITARIO TRANSRECTAL GUIADO POR ECO







DRENAJE DE ABSCESOS EN DIVERTICULITIS



LIMITACIONES

No siempre es viable el acceso a la colección

Un drenaje viable, no siempre tiene éxito

(Cuando falla, la mortalidad puede llegar al 75%)

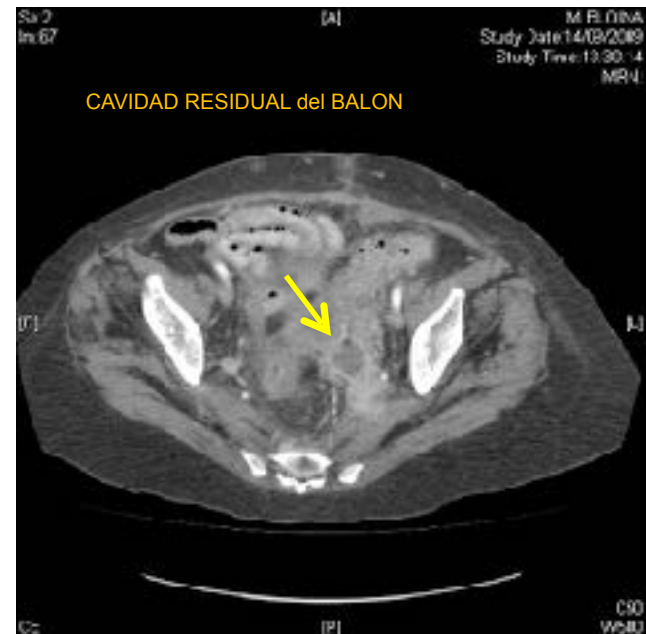
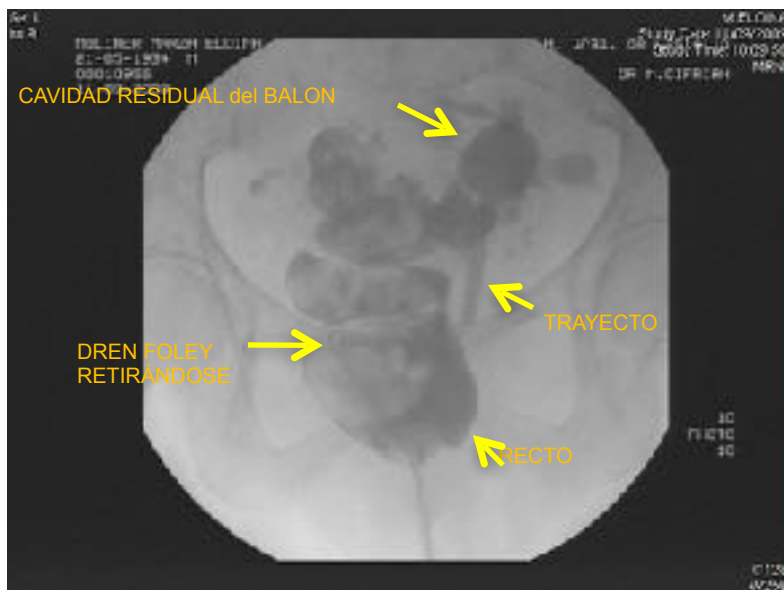
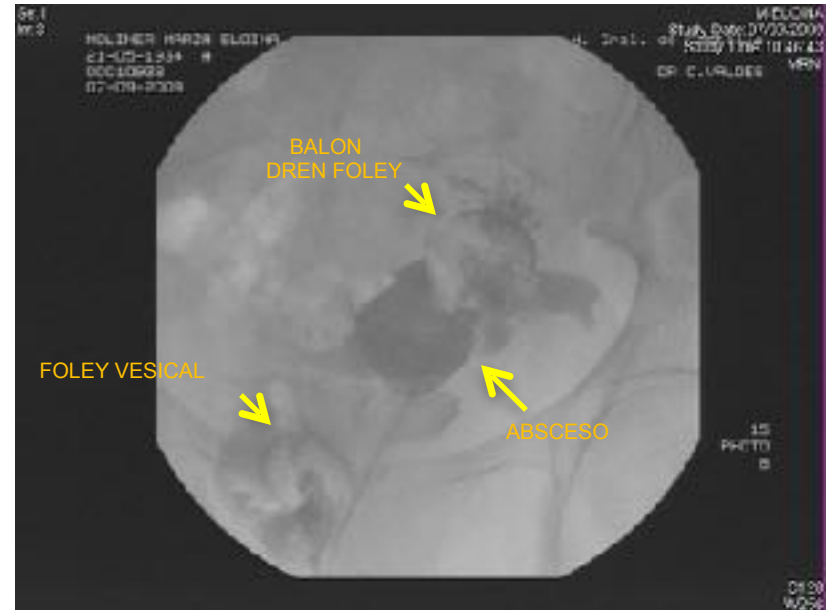
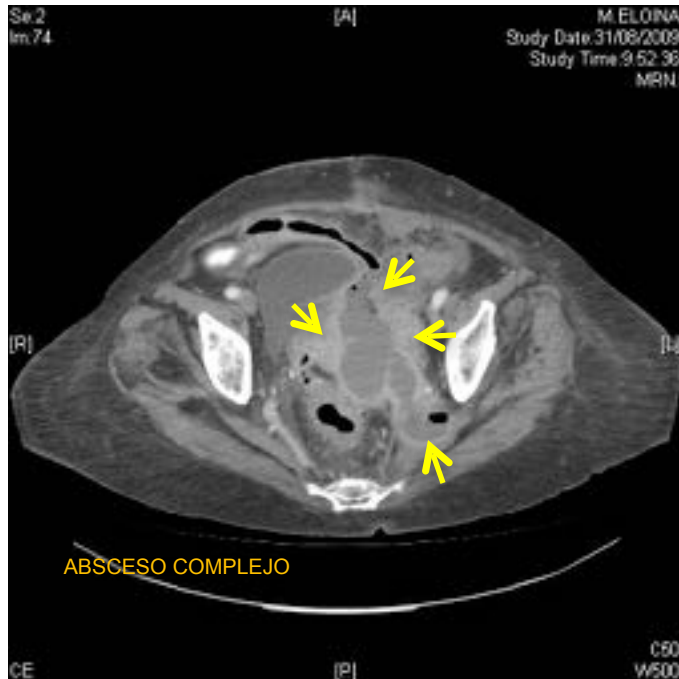
Cuando es viable e inicialmente exitoso puede seguir de recurrencia o fístula y comprometer la cirugía electiva planeada


El apoyo en la literatura para la evaluación de la técnica es confuso:

La mayoría de series mezclan diferentes tipos de abscesos

Análisis con puntos finales inapropiados

✓ DRENAJE QUIRÚRGICO ENDOANAL TRANSRECTAL



VARIABLE	GRUPO 1	GRUPO 2	P
	DRENAJE (N=34)	NO DRENAJE (N=32)	
Edad	71 (34-90)	69 (32-95)	1
Hombre/mujer	17/17	13/19	0,46
Tamaño absceso (cm)	6 (3-18)	4 (3-10)	0.002 
Duración drenaje (días)	8 (1-18)		
Fallo tratamiento	32,3 (11/34)	18,7 (6/32)	0,26
Mortalidad global	8,8 (3/34)	3,1 (1/32)	0,61
Cirugía urgente	29,4 (10/34)	15,6 (5/32)	0,24
Mortalidad quirúrgica	33 (3/10)	20 (1/5)	1

En paréntesis los rangos y las proporciones

