



O-260 - EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL MANEJO CONSERVADOR DE PACIENTES CON DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA SIN PERITONITIS

Correa Bonito, Alba¹; Cerdán Santacruz, Carlos²; Lopesino González, Jose María²; Gijón Moya, Fernando²; Bermejo Marcos, Elena²; Rodríguez Sánchez, Ana²; García Septiem, Javier²; Martín Pérez, Elena²

¹Hospital Virgen del Puerto, Plasencia; ²Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Objetivos: Investigar la necesidad de cirugía urgente o programada y las tasas de recurrencia y reingresos en pacientes valorados por un cuadro de diverticulitis aguda complicada sin peritonitis.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes valorados en por el Servicio de Cirugía General por diverticulitis aguda desde el 1 de enero del 2017 hasta el 31 de diciembre de 2019. Se recogieron variables demográficas, la clasificación Hinchey de los pacientes valorados, si precisaron ingreso o intervención quirúrgica y su evolución tras el primer ingreso hospitalario. Se definió la variable de diverticulitis aguda complicada sin peritonitis como aquella con una clasificación de Hinchey Ia con presencia de neumoperitoneo en las pruebas diagnósticas, Ib o II.

Resultados: 247 pacientes fueron valorados por 276 episodios de diverticulitis durante el periodo de tiempo estudiado, siendo diagnosticados el 23,2% (N = 64) de un cuadro complicado sin peritonitis. El 40,6% (N = 26) presentaban neumoperitoneo en las pruebas de imagen; el 39,1% (N = 25) un absceso pericólico, asociando neumoperitoneo en un caso; y el 26,6% (N = 17) un absceso pélvico, que en tres casos asociaba neumoperitoneo. El 82,8% (N = 53) de los episodios precisaron ingreso hospitalario con antibioterapia intravenosa, 4 de los pacientes (7,5%) fueron intervenidos de forma urgente por empeoramiento clínico en las primeras horas tras el ingreso y 12 (22,6%) precisaron la colocación de un drenaje percutáneo. Uno de los pacientes a los que se le realizó el drenaje tuvo que ser intervenido de urgencias por perforación cólica secundaria al mismo. El 24,1% (N = 13) de los episodios precisaron una intervención quirúrgica programada con una media de $7,4 \pm 7,2$ meses de intervalo entre el episodio diagnóstico y la intervención. El 44,4% de los pacientes intervenidos habían precisado un drenaje percutáneo durante el ingreso previo, lo que podría suponer un factor de riesgo a evaluar dadas las diferencias observadas ($p = 0,002$). 12 pacientes (22,2%) presentaron una recidiva del cuadro, precisando reingreso el 83,3% de ellos sin que ninguno tuviera que ser intervenido de forma urgente. Dentro del grupo de pacientes con recidiva del episodio de diverticulitis aguda, en el 40% de los casos la gravedad del segundo episodio fue mayor que en el primero, mientras que en el 20% la gravedad de ambos episodios fue igual. La media del número de episodios en este grupo de pacientes es de $2,6 \pm 1,3$ veces.

Conclusiones: El manejo conservador de la diverticulitis aguda complicada en pacientes seleccionados disminuye el número de intervenciones quirúrgicas urgentes, con unas tasas de recidiva y reingreso que hacen de esta opción de tratamiento una herramienta segura. La evolución

tras la resolución del cuadro es muy variable, con nuevos episodios similares o más leves que el inicial, en este contexto y dada la efectividad en la mayoría de casos del tratamiento conservador, el papel de la cirugía sigue siendo controvertido.