



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## V-256 - SIGMOIDECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR DIVERTICULITIS AGUDA

Neuhaus Nevado, Mariana; González Sánchez, Antonio Jesús; Romacho López, Laura; Aranda Narváez, José Manuel; Cabrera Serna, Isaac; Titos García, Alberto

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

### Resumen

**Introducción:** La diverticulitis aguda es la patología benigna más común del colon, la mayoría de los casos se manejan de forma no operatoria. La cirugía de urgencias es necesaria en casos complicados con peritonitis, y en los casos refractarios que no evolucionan correctamente con tratamiento conservador. El tratamiento quirúrgico clásico de la diverticulitis aguda ha sido la técnica de Hartmann o en algunos casos con anastomosis primaria, la gran mayoría por vía abierta, reservándose la laparoscopia para cirugía electiva posterior. Se presenta un vídeo sobre una sigmoidectomía laparoscópica diferida en una paciente que ingresa por cuadro de diverticulitis aguda.

**Caso clínico:** Presentamos a una mujer de 70 años, con antecedentes de HTA y apnea obstructiva del sueño con uso de CPAP, sin antecedentes quirúrgicos. Como antecedentes de interés ha presentado dos episodios previos de colitis isquémica y una estenosis secundaria de 7 cm en sigma, estudiada previamente con colonoscopia y con biopsia compatible. Ingresa por cuadro de dolor en fosa iliaca izquierda y febrícula de 4 días de evolución, analíticamente sin leucocitosis pero con elevación de PCR (155) y TC abdomen que informa de diverticulitis aguda con líquido libre pericólico (estadio 1A de la WSES) y segmento estenótico de 7 cm. Inicialmente manejo conservador, con antibióticos (piperacilina-tazobactam) durante 7 días, con persistencia de síntomas y estreñimiento por lo que se decide cirugía en el ingreso por parte de la unidad de Trauma y Cirugía de Urgencias.

**Discusión:** Existen pocos casos en la literatura de sigmoidectomía mínimamente invasiva en la enfermedad diverticular aguda. Esto se debe a que la resección laparoscópica es técnicamente difícil y requiere entrenamiento, experiencia y selección de casos idóneos. Especial atención merecen los estadios con ausencia de peritonitis, pues suelen asociar fibrosis, abscesos, fístulas o adherencias que dificultan más la técnica quirúrgica y pueden aumentar las complicaciones posoperatorias. Si bien es cierto que no se han observado diferencias significativas en los estudios publicados en cuanto a la mortalidad y morbilidad posoperatoria, complicaciones mayores y menores, complicaciones quirúrgicas, ni las reintervenciones debidas a fugas anastomóticas, los beneficios de la laparoscopia son ampliamente conocidos: disminuye el dolor posoperatorio y el empleo de analgésicos, menor morbilidad pulmonar y de la herida quirúrgica, menor tiempo de íleo, menor inmunodepresión y respuesta al trauma, acorta la estancia hospitalaria, las pérdidas hemáticas, aporta un excelente resultado cosmético y una incorporación precoz a la vida normal.