



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
CIRUGIA GENERAL

“COMPARACION DE COLOSTOMIA HARTMANN VS RESECCION Y  
ANASTOMOSIS PRIMARIA EN PERITONITIS POR DIVERTICULITIS AGUDA  
DE COLON IZQUIERDO EN CIRUGÍA ABIERTA EN EL HOSPITAL DE  
HUARAL PERIODO 2010 - 2020”

Nombre del Autor: LUIS ALFREDO RAMOS MENDOZA

Nombre del Asesor: DR. HUGO RENATO RAEZ REATEGUI

LIMA – PERÚ

2020

## RESUMEN:

La diverticulitis aguda es una patología frecuente en sus diferentes estadios de evolución. Dentro de la cuales existe incertidumbre en el manejo en la peritonitis de colon izquierdo. El objetivo de este trabajo es comparar colostomía Hartmann y resección y anastomosis primaria en peritonitis por diverticulitis aguda de colon izquierdo en cirugía abierta.

Material y métodos: se realizara un estudio descriptivo, comparativo y transversal, mediante la revisión de historias clínicas de pacientes con el diagnostico de diverticulitis aguda, con ayuda de una ficha de recolección de datos.

Ya que la tendencia actual se inclina por la resección y anastomosis primaria a pesar de que curse con una peritonitis purulenta o fecaloidea en dicha patología inclusive con igual o menores índices de complicaciones y muertes.

Palabras clave: diverticulitis aguda, colostomía Hartmann, anastomosis primaria.

## INTRODUCCION:

La enfermedad diverticular es un término atribuible tanto a diverticulitis aguda como crónica. la diverticulitis aguda es la presencia de inflamación peridiverticular que puede ser no complicada o complicada, dentro de las principales complicaciones son: perforación, sangrado, obstrucción, abscesos y formación de fistulas.(1)

Los divertículos son protuberancias que se forman de la mucosa y submucosa colonica por defectos de la capa muscular del colon habitualmente en la inserción de los vasos rectos por una probable interacción de diferentes factores como son la edad, dieta, flora y cambios estructurales del colon.(2) En especial de la dieta baja en fibra que provoca un aumento de la presión intracolónica.

En el caso de diverticulitis existen dos componentes importantes: la inflamación crónica y cambios de la flora intestinal.(1)

Los factores de riesgo entre los más importantes tenemos: la edad directamente proporcional con el aumento del reticulado de fibras colágenas o alteración de la expresión de metaloproteinasas, la genética, los hábitos intestinales, el tabaco y obesidad aumentan la incidencia de la enfermedad.(3)

Esta patología es más frecuente en adultos mayores pero en las últimas décadas se ha visto un importante crecimiento de presentación en población más joven y con la morbimortalidad que esta conlleva. (13)

Dentro de los síntomas más importantes tenemos: dolor abdominal en cuadrante inferior izquierdo, masa palpable, distensión abdominal, sangrado, sensibilidad al rebote, rigidez y ausencia de peristaltismo ante la sospecha de peritonitis.(4)

Para la clasificación usamos la escala de HINCHEY que es la más usada en base a los hallazgos tomográficos (Tabla 1). Recientemente en el consenso mexicano de enfermedad diverticular de colon 2019 se propuso otra clasificación en base a los síntomas. (Tabla 2). También se publicó una tabla comparativa entre Hinchey y la clasificación según complicaciones (tabla 3).(5)

Para hacer el diagnóstico se utilizan diferentes procedimientos como: colon por enema que es un estudio de larga duración con contraste hidrosoluble para no producir complicaciones, contraindicado en casos agudos(6); la colonoscopia es ideal para el diagnóstico y control, también está contraindicado en procesos agudos de la enfermedad(7); el ultrasonido es útil en el diagnóstico, pero es operador dependiente, en la que se logra ver grosor de pared y para el diagnóstico diferencial de patologías ginecológicas; la Tomografía que es el Gold estándar, la cual permite diferenciar entre complicada y no complicada. (8) Sirve para diagnóstico, manejo y seguimiento, donde se puede visualizar, el engrosamiento, la presencia de divertículos, la grasa pericólica, neumoperitoneo y líquido libre en cavidad.(2)

El manejo de la diverticulitis no complicada Hinchey I, tradicionalmente era tratada con antibiótico vía endovenosa pero recientes estudios describen que no hay diferencia significativa entre dar antibiótico endovenoso y vía oral.(9) Hinchey II pueden ser manejados por drenaje percutáneo. El problema se inicia cuando los abscesos de gran tamaño y de difícil acceso y en Hinchey III/IV, es en estos casos en los cuales se intenta realizar el lavado laparoscópico más drenaje de la cavidad peritoneal.(10)

Dentro del manejo quirúrgico tenemos, la colostomía Hartmann que consiste en realizar un ostoma del segmento proximal y un cierre del segmento distal previa resección de la pieza afectada. Esta técnica implica la necesidad de la realización de una segunda intervención, con la mortalidad que esta conlleva, y alteración de la calidad de vida del paciente. Y la resección intestinal y anastomosis primaria es una conducta discutida ya que por años la tendencia al manejo de las diverticulitis Hinchey III/IV es la colostomía de tipo Hartmann. Que en múltiples estudios no hubo diferencia significativa entre ambas técnicas. A favor de esta conducta, está la posibilidad de una intervención definitiva en el paciente además del abandono de la segunda intervención en algunos pacientes. Contraindicado en pacientes con inestabilidad hemodinámica y en shock séptico.(11)

Se ha visto gran controversia entre la anastomosis primaria realizada en cuadro de pacientes con peritonitis ya sea purulenta o fecaloidea (Hinchey 3 y 4) ya que se creía por años que no es un manejo adecuado por las complicaciones que pudiera traer, por

lo que se realizaba el tradicional procedimiento de Hartmann. Que también trae consigo múltiples desventajas explicadas anteriormente.

Actualmente muchos estudios están a favor de la anastomosis primaria ya que tiene iguales y hasta mejores resultados que la colostomía Hartmann, es por ello que este trabajo está enfocado en describir y comparar ambos procedimientos quirúrgicos en la población designada para estandarizar el manejo en bienestar del paciente ante dicha patología, y evitar el abandono del paciente con colostomía o que se someta a una nueva intervención quirúrgica con los riesgos que ella implica.

#### OBJETIVOS:

- GENERAL:

Comparar la morbilidad y mortalidad de la colostomía de Hartmann versus la resección intestinal y anastomosis primaria en peritonitis secundaria por diverticulitis aguda de colon izquierdo en pacientes operados en el hospital de Huaral desde enero 2010 a diciembre 2020.

- ESPECIFICOS:

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes operados por peritonitis secundaria debido a diverticulitis aguda de colon izquierdo en el hospital de Huaral desde enero 2010 a diciembre 2020.
- Describir las complicaciones más frecuentes que aparecen en pacientes operados por peritonitis secundaria debido a diverticulitis aguda de colon izquierdo en el hospital de Huaral desde enero 2010 a diciembre 2020.
- Describir la mortalidad en pacientes operados por peritonitis secundaria debido a diverticulitis aguda de colon izquierdo en el hospital de Huaral desde enero 2010 a diciembre 2020.

#### MATERIAL Y METODO:

- a DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se realizara un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, en el que analizaran las historias clínicas de pacientes que ingresaron al servicio de cirugía del hospital San Juan Bautista de Huaral con el diagnóstico post operatorio de peritonitis por diverticulitis aguda de colon izquierdo.

b POBLACION:

Pacientes con peritonitis secundaria a diverticulitis de colon izquierdo sometidos a tratamiento quirúrgico en el Hospital San Juan Bautista de Huaral durante el periodo de enero del 2010 a diciembre del 2020.

Muestra: población que cumple los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes que ingresaron con el diagnostico de peritonitis aguda por diverticulitis aguda en colon izquierdo.
2. Pacientes sometidos a cualquiera de los siguientes procedimientos quirúrgicos: colostomía tipo Hartmann o resección intestinal y anastomosis primaria.
3. Pacientes estables hemodinamicamente (con signos clínicos de buna perfusión celular como: nivel de conciencia, frecuencia cardiaca, presión arterial, pulsos, temperatura, oximetría de pulso y flujo urinario).
4. Pacientes mayores de 18 años de ambos sexos.
5. Datos completos en la historia clínica.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes que hayan recibido otro tratamiento quirúrgico que los indicados en los criterios de inclusión.
2. Inestabilidad hemodinámica.
3. Mujeres gestantes
4. Datos incompletos en la historia clínicas

c DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO	ESCALA	INDICADORES	INDICES
edad	años que ha vivido una persona	cuantitativa	20 a 30 31 a 50 51 a 60 > 61	edad del paciente	

sexo	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades; femenino y masculino.	cualitativa	nominal	femenino	sexo que produce óvulos
				masculino	sexo que produce espermatozoides
anastomosis primaria	Técnica quirúrgica empleada en la que se hace resección del intestino y anastomosis primaria.	cualitativa	nominal	si	
				no	
colostomía Hartmann	Técnica quirúrgica empleada en la que se realiza resección del sigmoides creación de ostoma del colon a la pared abdominal y cierre del cabo distal.	cualitativa	nominal	si	
				no	
dehiscencia de anastomosis	Complicación post quirúrgica: abertura espontanea de la sutura quirúrgica de la anastomosis.	cualitativa	nominal	si	
				no	
fistula enterocutánea	presencia de comunicación entre dos epitelios	cualitativa	nominal	si	
				no	
retracción de ostomia	hundimiento de ostomia en cavidad peritoneal	cualitativa	nominal	si	
				no	

necrosis de ostomia	complicación de la ostomia: en la que hay tejido necrótico en el ostoma	cualitativa	nominal	si	
				no	
mortalidad	cantidad de personas que mueren en un lugar y en un periodo de tiempo	cualitativa	nominal	si	
				no	

d PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS:

Se realizara un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal en el que se analizarán pacientes que ingresaron al servicio de cirugía del Hospital de Huaral en el periodo de enero del 2010 a diciembre del 2020 con el diagnostico de diverticulitis aguda. La población son todos los pacientes que ingresaron con el diagnostico de peritonitis por diverticulitis aguda de colon izquierdo que fueron tratados con colostomía Hartmann o resección y anastomosis primaria.

Se realizara la revisión de libro de registro de cirugías y el libro de informes de procedimientos quirúrgicos ubicado en sala de operaciones para recopilar el número de historia clínica, luego pedir permiso al servicio de estadística para revisión de historia clínicas, donde se seleccionara a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión consignados en el presente estudio, una vez seleccionadas se aplicara la ficha de recolección de datos (anexo1), realizado por el investigador y un ayudante.

e ASPECTOS ETICOS DEL ESTUDIO:

El proyecto antes de ejecutarse debe ser aprobado por el Comité Institucional de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Basado en los lineamientos de la Declaración de Helsinki.(12)

La ficha de recolección de datos será anónima para asegurar la confidencialidad de datos.

f PLAN DE ANALISIS:

Se elaborara una ficha de recolección de datos de acuerdo a los objetivos de la investigación y validada por los profesionales del hospital en mención y especialistas del servicio de cirugía.

El procesamiento de la información obtenida se realizara mediante el programa spss 19, como procesador de textos el programa Word y como graficador estadístico el programa Excel.

Para el análisis de los datos obtenidos se emplearan estadísticos como: distribución de frecuencia, media aritmética, chi-cuadrado y t de student, para las variables cuantitativas y cualitativas.

La comparación que se hará entre los procedimientos en estudio será del número de complicaciones y mortalidad que presente cada técnica quirúrgica.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Soto LD. Contenido Enfermedad diverticular. Bol Inf Acad Nac Med Mex Octubre, Septiembre. 2019;XXVIII.
2. Barbalace NM. Manejo Actual de la Enfermedad Diverticular Aguda del Colon. 2017;28:181–91.
3. Briones L. Artículo de Revisión / Review Article. 2019;(September).
4. Editorial C. CUERPO EDITORIAL Abordaje de la diverticulitis aguda Approach to acute diverticulitis. 2020;5(4).
5. Quera R. Enfermedad diverticular: mitos y realidades. 2017;209–18.
6. Medica R, Rica DEC, Lxxii C. Valoración radiológica de enfermedad diverticular. 2015;(615):377–9.
7. Dra Marias Noelia Brito Viglione. Colopatía diverticular. clin Quir Fac Med Udelar. 2018;linicas Qu.
8. Faúndes GS, Pinto CW, Herrán FL, Arriagada CC, Santis AG, Castillo CC. ♦ CASO CLÍNICO Hallazgos imagenológicos en diverticulosis y diverticulitis apendicular . Serie de casos. 2017;47(3):205–10.
9. Javier F, Fernández M, Jiménez ND, Belén A, Herrera G, Luque IG, et al. Nuevas tendencias en el manejo de la diverticulitis y la enfermedad diverticular del colon. 2015;107:162–70.
10. C DNP, S JV, V AR, M MA, G IAG. Diverticulitis aguda complicada : tendencias en el tratamiento actual \*. 2012;64:581–5.
11. Ra R. Consenso mexicano sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad

diverticular del colon. 2019;84(2):220–40.

12. Mundial M. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. 1989;1–4.
13. Tursi A, Papa A, Danese S. Review article: The pathophysiology and medical management of diverticulosis and diverticular disease of the colon. Aliment Pharmacol Ther. 2015; 42: 664-84.

#### PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA:

	Importe s/.
A. Personal	
asistente de investigación	300
B. Bienes	
papel	50
USB	50
lapicero	20
C. Servicios	
fotocopias	100
internet	50
impresiones	100
pasajes	100
tipeo	100
total	870

Esta investigación será autofinanciada por el investigador.

	ACTIVIDAD	DURACION EN MESES											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Elaboracion del proyecto	■	■										
2	establecer contacto con la poblacion en estudio		■										
3	elaborar instrumento para la recoleccion de datos			■									
4	elaborar marco teorico			■	■								
5	aplicar instrumento y recoger informacion				■								
6	procesar datos					■	■						
7	descibir resulatdos						■	■					
8	analizar resultados							■					
9	redactar informe final								■	■			
10	revision del informe finsl por parte del ascesor										■		
11	entregar informe final											■	

ANEXOS:

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: M F

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

PERITONITIS: SI NO

TIPO DE CIRUGIA: \_\_\_\_\_

TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:

-Resección y anastomosis primaria: ( )

-Colostomía Hartmann: ( )

-Otros: \_\_\_\_\_

COMPLICACIONES:

- Dehiscencia de anastomosis: si no

- Necrosis de Colostomía: si no

- Otros: \_\_\_\_\_

EVOLUCION:

-Curado ( )

-Fallecido ( )

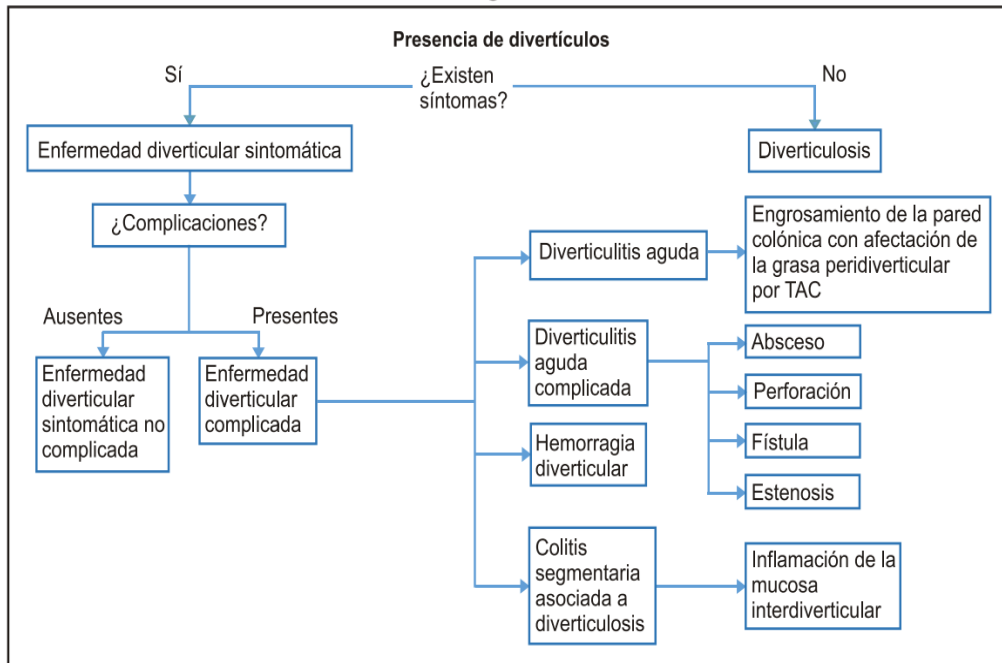
CAUSA DE MORTALIDAD: \_\_\_\_\_

TABLAS:

**Tabla 1. Clasificación de Hinchey modificada**

<b>0</b>	Diverticulitis clínica leve
<b>Ia</b>	Pared colónica engrosada/inflamación pericólica confinada
<b>Ib</b>	Absceso pericólico pequeño confinado (<5cm)
<b>II</b>	Absceso pélvico, intrabdominal distante o retroperitoneal
<b>III</b>	Peritonitis purulenta generalizada
<b>IV</b>	Peritonitis fecaloidea

**Figura 2**



Clasificación de la enfermedad diverticular de acuerdo al Consenso Mexicano sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon.

**Tabla 3**

Ia Inflamación o flegmón pericólica confinado	DA no complicada <i>Presentación:</i> fiebre, dolor abdominal y cambio en hábito intestinal <i>Imágenes:</i> inflamación localizada o pequeño absceso en la pared intestinal <i>Tratamiento:</i> puede ser manejado en forma ambulatoria; dieta liviana, uso de antibióticos con discreción
Ib Absceso localizado (pericolónico) II Absceso pélvico III Peritonitis purulenta IV Peritonitis fecaloídea	DA complicada <i>Presentación:</i> fiebre, masa abdominal inferior, íleo, peritonitis generalizada <i>Imágenes:</i> inflamación pélvica o absceso distal, fístula, obstrucción intestinal <i>Tratamiento:</i> paciente hospitalizado, antibióticos, eventual drenaje por radiología interventional o cirugía