

REVISIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE HINCHEY Y SU CORRELACIÓN TERAPÉUTICA

Nicolás Daniel Roccatagliata,
Leidy Diana Rodríguez, Lizeth Guardo, Victor
Nebil Larrañaga, German Espil, Javier Vallejos.

Introducción

- La diverticulosis es una entidad que predomina en países occidentales, cuya prevalencia aumenta con la edad presentándose en aproximadamente el 80% de la población de 85 años. Anatómicamente se subdividen en divertículos verdaderos los cuales presentan las tres capas parietales (mucosa, submucosa y muscular externa), hallazgo visualizado en la mayoría de los divertículos congénitos; y por otro lado divertículos falsos que se componen únicamente de mucosa y submucosa, como es el caso de la mayoría de los divertículos colónicos.
- La diverticulitis aguda es una de las causas más frecuentes de cuadros de abdomen agudo, representando el 3.8 % de las consultas de guardia. Aproximadamente 10 – 25% de los pacientes con diverticulosis presentaran un cuadro de diverticulitis en su vida. El 95% de las diverticulitis colónicas se observan a nivel del lado izquierdo; mientras que el 5 % corresponde a colon derecho, siendo más frecuente en población asiática y de etología congénita.

Clínica y Diagnóstico

- La presentación clínica clásica se caracteriza por dolor abdominal a predominio del cuadrante inferior izquierdo y fiebre, acompañado de alteración en los parámetros de laboratorio vinculables a proceso infeccioso.
- En aquellos pacientes con sospecha clínica la *American College of Radiology* recomienda como imagen inicial y para el estudio de sus complicaciones la evaluación con tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis con contraste endovenoso.
- A fin de establecer un lenguaje común entre los diferentes especialistas, en 1978 Hinchey et al. publicaron su clasificación, la cual fue modificada posteriormente en 1999 por Wasvary et al, y en 2005 por Kaiser et al, quienes incluyeron los hallazgos tomográficos a la misma.

Clasificaciones

Clasificación de Hinchey et al.	
I	Absceso pericólico o flemón
II	Absceso pélvico, abdominal o retroperitoneal
III	Peritonitis generalizada purulenta
IV	Peritonitis generalizada fecal

	Clasificación modificada por Wasvary et al.	Clasificación modificada por Kaiser et al. (hallazgos tomográficos)
0	Engrosamiento de la pared colónica	Engrosamiento de la pared colónica
Ia	Flegmón: inflamación pericólica confinada	Hallazgos de 0 + cambios en el tejido pericólico
Ib	Absceso pericólico o mesocólico	Hallazgos de Ia + Absceso pericólico o mesocólico
II	Absceso pélvico, abdominal o retroperitoneal (absceso a distancia)	Hallazgos de Ia + Absceso a distancia
III	Peritonitis generalizada purulenta	Neumoperitoneo asociado a líquido libre localizado o ascitis y posible engrosamiento parietal peritoneal
IV	Peritonitis generalizada fecal	Hallazgos de III

Diagnóstico y tratamiento

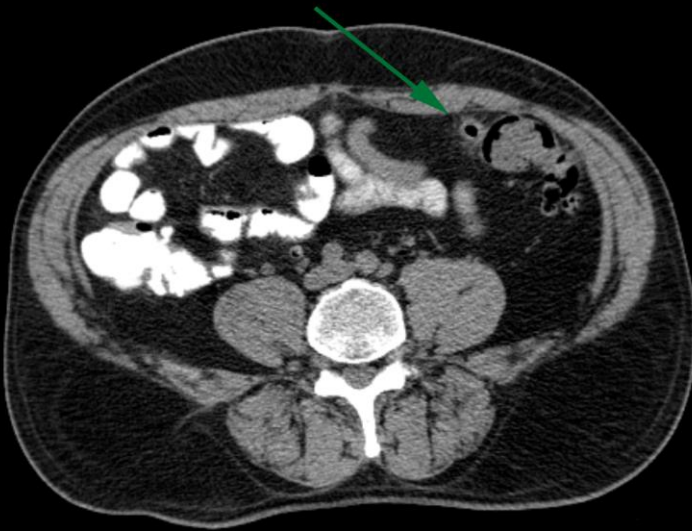
- Posteriormente en 2015 Sartelli et al. proponen una nueva modificación a fin de establecer una correlación entre los hallazgos topográficos y las recomendaciones de abordaje terapéutico.



ESTADIO 0

Tratamiento ambulatorio
con o sin antibióticos.

Sin complicaciones. Divertículos con engrosamiento parietal del colon y aumento de la densidad de la grasa pericólica.



ESTADIO 0. A nivel del colon sigmoide en concordancia con región dolorosa referida por el paciente, se identifica imagen diverticular asociada a engrosamiento parietal (flecha) y mínima rarefacción de la grasa adyacente.

ESTADIO IA

Tratamiento antibiótico oral o endovenoso(EV), con observación hospitalaria.

Pequeñas burbujas de aire pericólicas o presencia de líquido libre pericólico sin absceso.

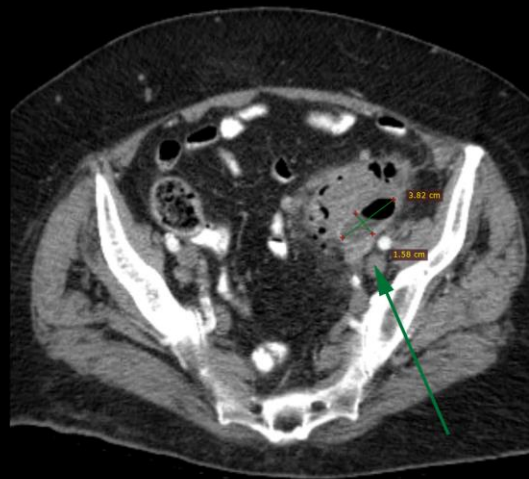
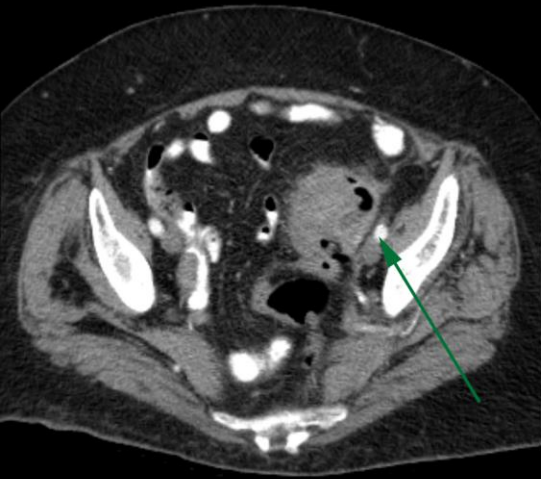


ESTADIO IA. Paciente de 31 años se presenta al servicio de emergencias con cuadro de dolor abdominal agudo en flanco derecho y sospecha clínica de apendicitis. A nivel del colon ascendente se visualiza imagen diverticular (flecha) asociada a engrosamiento parietal colónico, rarefacción de la grasa, imágenes ganglionares fuera de rango adenomegálico adyacentes y escasa cantidad de líquido libre laminar en gotieral parietocólica.

ESTADIO IB

Tratamiento antibiótico EV en internación. Si falla, considerar drenaje percutáneo guiado por imágenes.

Absceso < de 4 cm (sin aire libre distante).

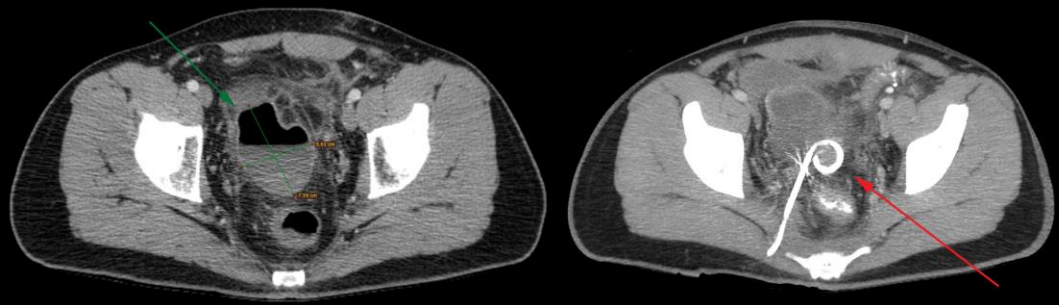


ESTADIO IB. En colon sigmoideo se visualiza imagen diverticular y cambios inflamatorios locorregionales (hallazgos de estadio IA) asociado a colección líquida (flecha) con aire y nivel hidroaéreo en su interior, la cual presenta realce periférico tras la administración de contraste endovenoso y mide aproximadamente 38 x 16 mm en plano axial.

ESTADIO IIA

Drenaje percutáneo guiado por imágenes.

Absceso >de 4 cm (sin aire libre distante).

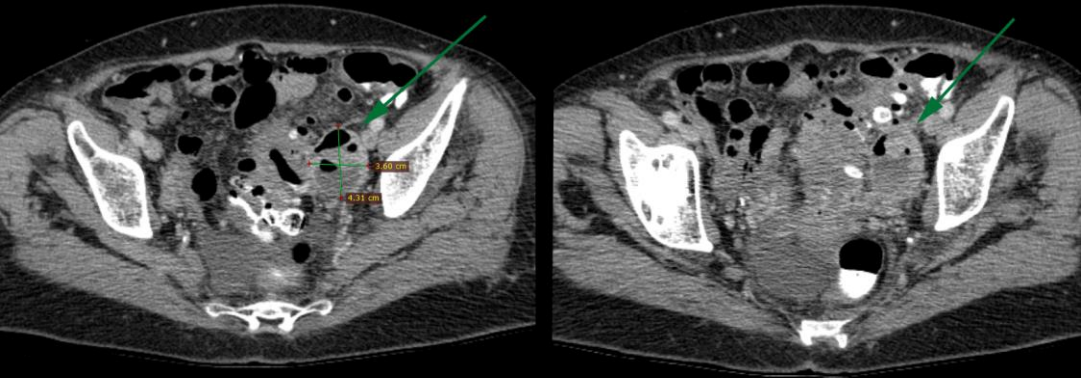


ESTADIO IIA. En topografía del colon sigmoideo, se identifica imagen diverticular con cambios inflamatorios locorregionales (hallazgos de estadio IA), destacándose a nivel de la pelvis, colección líquida (flecha verde) con aire y nivel hidroaéreo en su interior, la cual presenta realce periférico tras la administración de contraste endovenoso y mide aproximadamente 76 x 56 mm en plano axial. Se decide colocación percutánea de catéter Pig Tail (flecha roja).

ESTADIO IIA

Drenaje percutáneo guiado por imágenes.

Absceso >de 4 cm (sin aire libre distante).

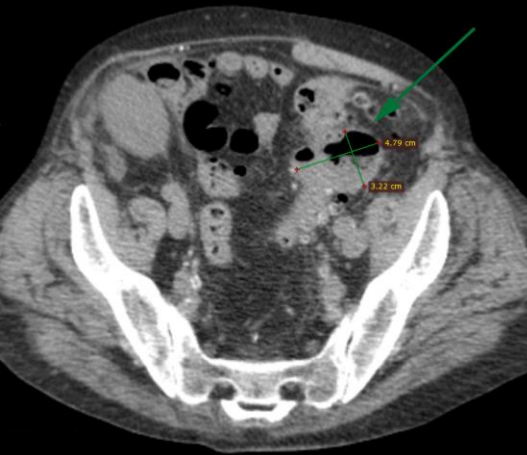


ESTADIO IIA. En topografía del colon sigmoideo, se identifica imagen diverticular con cambios inflamatorios locorregionales (hallazgos de estadio IA), visualizándose topografía anexial izquierda colección líquida (flecha) con niveles hidroaéreos, con realce periférico tras la administración de contraste endovenoso, la cual mide aproximadamente 43 x 36 mm en plano axial.

ESTADIO IIB

-Si el paciente esta estable sin comorbilidades: Evaluar tratamiento conservador con eventual drenaje percutáneo guiado por imágenes.
-Si el paciente esta inestable o con comorbilidades: Resección quirúrgica con o sin anastomosis.

Aire distante (>5 cm del segmento intestinal inflamado).

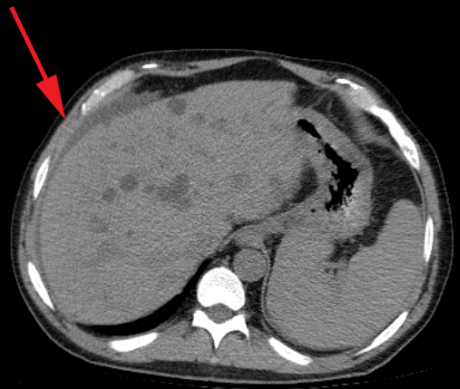
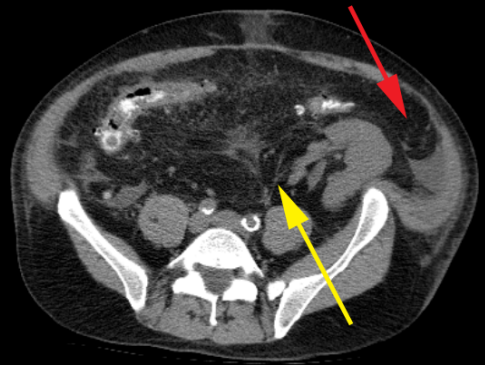
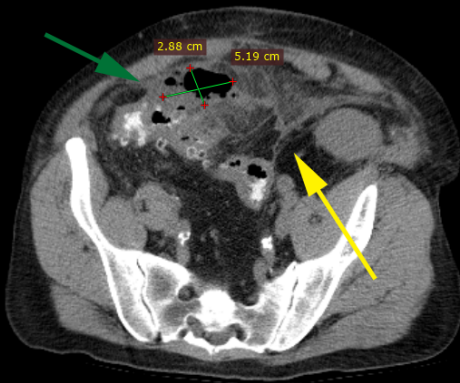


ESTADIO IIB. Paciente transplantado renal, presenta colección líquida pericólica (flecha verde) de 48 x 32 mm en plano axial (hallazgos de estadio IIA), asociándose a múltiples burbujas aéreas en cavidad peritoneal (flechas rojas).

ESTADIO III

-Si el paciente esta estable sin comorbilidades: Lavado laparoscópico y drenaje.
-Si el paciente es inestable o con comorbilidades: Resección quirúrgica con o sin anastomosis.

Presencia de líquido libre difuso sin evidencia de neumoperitoneo.

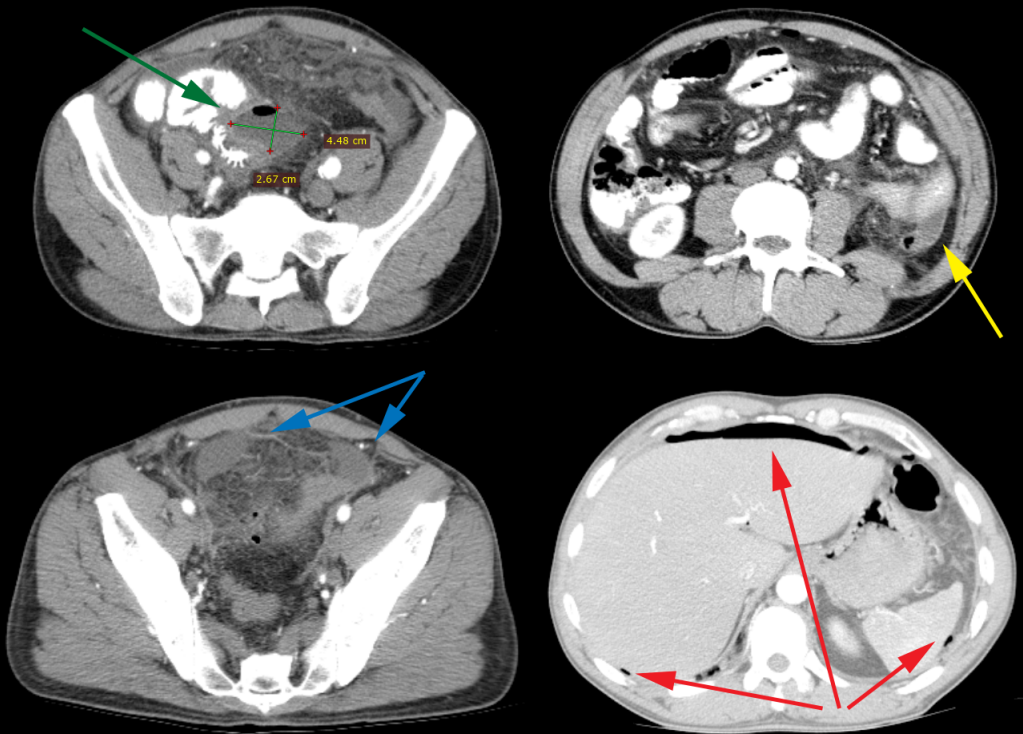


ESTADIO III. Paciente transplantado renal, presenta colección líquida pericólica (flecha verde) de 52 x 29 mm en plano axial (hallazgos de estadio IIA), asociándose a rarefacción difusa de la grasa (flechas amarillas) y líquido libre laminar locoregional, perihepático y gotiera parietocólica izquierda (flechas rojas), sin evidencia de neumoperitoneo.

ESTADIO IV

Resección quirúrgica con o sin anastomosis.

Presencia de líquido libre difuso asociado a neumoperitoneo.



ESTADIO IV. A nivel del colon sigmoideo se identifica imagen diverticular con signos inflamatorios, asociada a colección pericólica (flecha verde) con nivel hidroaéreo, de 45 x 27 mm en plano axial. Se identifica además rarefacción difusa de la grasa intraperitoneal, líquido libre perihepático, periesplénico, ambas gotieras parietocólicas (flechas azules), engrosamiento del peritoneo parietal (flecha amarilla), signos de neumoperitoneo (flechas rojas).

Conclusión

El conocimiento y aplicación de la clasificación de Hinchey y sus modificaciones permiten una adecuada evaluación de la diverticulitis aguda, sus complicaciones y hallazgos tomográficos, a fin de establecer una correcta planificación terapéutica.

Bibliografía

- Horton KM, Corl FM, Fishman EK. CT evaluation of the colon: inflammatory disease. *Radiographics*. 2000 Mar-Apr;20(2):399-418. doi: 10.1148/radiographics.20.2.g00mc15399
- Maykel JA, Opelka FG. Colonic diverticulosis and diverticular hemorrhage. *Clin Colon Rectal Surg*. 2004 Aug;17(3):195-204. doi: 10.1055/s-2004-832702.
- Onur MR, Akpınar E, Karaosmanoglu AD, Isayev C, Karcaaltincaba M. Diverticulitis: a comprehensive review with usual and unusual complications. *Insights Imaging*. 2017 Feb;8(1):19-27. doi: 10.1007/s13244-016-0532-3.
- Pereira JM, Sirlin CB, Pinto PS, Jeffrey RB, Stella DL, Casola G. Disproportionate fat stranding: a helpful CT sign in patients with acute abdominal pain. *Radiographics*. 2004 May-Jun;24(3):703-15.
- Chiu TC, Chou YH, Tiu CM, Chiou HJ, Wang HK, Lai YC, et al. Right-Sided Colonic Diverticulitis: Clinical Features, Sonographic Appearances, and Management. *J Med Ultrasound*. 2017 Jan-Mar;25(1):33-39. doi:10.1016/j.jmu.2016.10.007.
- Klarenbeek BR, de Korte N, van der Peet DL, Cuesta MA. Review of current classifications for diverticular disease and a translation into clinical practice. *Int J Colorectal Dis*. 2012 Feb;27(2):207-14. doi:10.1007/s00384-011-1314-5.
- Galgano SJ, McNamara MM, Peterson CM, Kim DH, Fowler KJ, Camacho MA, Cash BD, et al. ACR Appropriateness Criteria Left Lower Quadrant Pain-Suspected Diverticulitis. *J Am Coll Radiol*. 2019 May;16(5S):S141-S149. doi: 10.1016/j.jacr.2019.02.015.
- Hinchey EJ, Schaal PG, Richards GK. Treatment of perforated diverticular disease of the colon. *Adv Surg*. 1978;12:85-109.
- Wasvary H, Turfah F, Kadro O, Beauregard W. Same hospitalization resection for acute diverticulitis. *Am Surg*. 1999 Jul;65(7):632-5; discussion 636.
- Kaiser AM, Jiang JK, Lake JP, Ault G, Artinyan A, Gonzalez-Ruiz C, et al. The management of complicated diverticulitis and the role of computed tomography. *Am J Gastroenterol*. 2005 Apr;100(4):910-7.
- Sartelli M, Moore FA, Ansaloni L, Di Saverio S, Coccolini F, Griffiths EA, et al. A proposal for a CT driven classification of left colon acute diverticulitis. *World J Emerg Surg*. 2015 Feb 19;10:3. doi: 10.1186/1749-7922-10-3.