

Enfermedad diverticular de colon

Autor Jacobo Dib

Afiliación Gastroenterólogo. Servicio de Gastroenterología. Departamento de Medicina. Hospital "Jesús Yerena" de Lidice. Caracas, Venezuela. Correo electrónico: dib.j@hotmail.com

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2019; 73(3): 112-115.

© Sociedad Venezolana de Gastroenterología. Caracas, Venezuela- ISSN 2477-975X.

Fecha de recepción: 24/04/2019

Fecha de revisión: 12/05/2019

Fecha de Aprobación: 01/06/2019

Resumen

La enfermedad diverticular de colon es una patología compleja con un cambio reciente en varios de sus paradigmas en relación a su patogénesis y manejo. Mucho de nuestro conocimiento en relación a la enfermedad diverticular ha sido cuestionado incluyendo el papel de la fibra en su etiología, así como los factores de riesgo más allá de la deficiencia de la fibra, como la genética, el ejercicio e incluso probablemente los bajos niveles de vitamina D. Existe una búsqueda constante de un tratamiento efectivo para la enfermedad diverticular sintomática no complicada (SUDD), con evidencia que sugiere que el uso de la mesalamina, antibióticos no absorbibles o los probióticos pudieran mejorar los síntomas. También existe documentación sobre el uso selectivo y no rutinario de los antibióticos en diverticulitis aguda, aunque aún no está completamente claro cómo definir a los mejores candidatos para tratamiento conservador. Finalmente, el papel de la cirugía profiláctica está siendo considerado con menor frecuencia y en estadios más tardíos de la enfermedad.

Palabras clave: Enfermedad diverticular, diverticulitis, tratamiento, complicaciones.

Colon diverticular disease

Summary

Colonic diverticular disease is a complex process with paradigm shifts in recent years in regards to its pathogenesis and management. Much of our accepted understanding of diverticular disease has been challenged, including the role of fiber in etiology, as well as risk factors beyond fiber deficiency, such as genetics, exercise, and perhaps even low vitamin D levels. There is an active search for effective treatments for SUDD, there is evidence that mesalamine, non-absorbable antibiotics, or probiotics, might improve symptoms. There is also now fairly strong data that antibiotics can be used selectively, rather than routinely, in acute diverticulitis, although defining the best candidates for conservative treatment remains unclear.

Finally, the role of prophylactic surgical resection is being considered less often, and at a later stage.

Key words: Diverticular disease, diverticulitis, treatment, complications.

Introducción

La enfermedad diverticular y sus complicaciones son un reto para los sistemas de salud y continúa siendo una de las enfermedades más comunes en el mundo occidental. Se constituye como el octavo diagnóstico más frecuente en el paciente ambulatorio en los Estados Unidos, representando la diverticulitis una admisión de 333.464 pacientes por la emergencia en el 2010 con una mortalidad del 0,3 %. Asimismo, la diverticulosis se ha convertido en el diagnóstico más frecuente durante la realización de una colonoscopia con una prevalencia que aumenta con la edad del paciente⁽¹⁾.

Clasificación

1. Diverticulosis Asintomática

La diverticulosis en pacientes asintomáticos frecuentemente se relaciona con hallazgos incidentales durante estudios endoscópicos o radiológicos. La significación clínica de este hallazgo aún no está clara, así como la necesidad de un seguimiento en pacientes asintomáticos.

2. Diverticulitis

La inflamación de un divertículo conlleva a la diverticulitis que puede presentarse como un proceso agudo o crónico. La diverticulitis es la complicación más común de la diverticulosis ocurriendo de un 10% a un 25% de los pacientes. Se explica por la obstrucción del saco diverticular por un fecalito ocasionando irritación e inflamación de la mucosa que conlleva a una mayor obstrucción de la luz del divertículo. La diverticulitis se puede clasificar en complicada o no complicada.

La complicada se caracteriza generalmente por la formación de abscesos, fistulas, obstrucción y/o perforación. Una consideración de suma importancia en el manejo de estos pacientes se refiere a la decisión de hospitalizar o no. De acuerdo a la Sociedad Americana de Cirugía de Colon y Recto (ASCRS), se deben de tomar en cuenta varios factores para tomar esa decisión como lo son la intolerancia oral, nivel del dolor, cuidados en el domicilio y comorbilidades⁽²⁾.

3. Enfermedad Diverticular Sintomática no Complicada

Recientemente ha habido una evolución taxonómica en relación a la clasificación de la enfermedad diverticular sintomática, que incluye la diverticulitis crónica recurrente, colitis segmentaria asociada con diverticulosis (SCAD) y enfermedad diverticular sintomática no complicada (SUDD). Esta última se define como una diverticulosis crónica asociada a dolor abdominal crónico en la ausencia de síntomas agudos de diverticulitis o colitis evidente.

4. Colitis Segmentaria asociada con Diverticulosis

La SCAD está reconocida como una forma particular de la enfermedad. Está caracterizada por una inflamación segmentaria inespecífica en el colon sigmoidees rodeada de múltiples divertículos sin tener que involucrar necesariamente sus orificios. Factores de riesgo incluyen el sexo masculino y edad mayor a 50 años. Su presentación inicial puede ser sangramiento rectal, diarrea y/o dolor abdominal⁽³⁾.

Enfermedad Diverticular Complicada

Perforación Diverticular

Estos pacientes se presentan con dolor abdominal severo y de aparición súbita. El dolor puede estar localizado inicialmente en la fosa iliaca izquierda pero puede abarcar todo el abdomen en caso de peritonitis con una perforación libre. Suele asociarse con náuseas, vómitos y fiebre. Suele asociarse con una elevada tasa de mortalidad.

Absceso Diverticular

Estos pacientes presentan además del dolor abdominal y fiebre un cambio en el hábito evacuatorio y debe sospecharse en quienes no hayan respondido a un tratamiento inicial conservador en presencia de un cuadro de diverticulitis aguda y que desarrollen fiebre persistente. Deberán realizarse estudios de imágenes complementarios.

Sangramiento Diverticular

La mayoría de estos pacientes se presenta con un sangramiento de aparición brusca en la ausencia de signos de inflamación que puede ir desde un sangramiento escaso a uno masivo que ponga en peligro la vida del paciente. El 80% ceden espontáneamente, en el otro 20% deben realizarse estudios

para determinar su origen y tratar adecuadamente. La recurrencia de sangrado ocurre en hasta en un 9% en el primer año y un 25% a los 4 años⁽¹⁾. La mayoría de los pacientes en el mundo occidental tienen diverticulosis izquierda y presentan un sangramiento tipo rojo rutilante, sin embargo, pacientes con sangramiento por enfermedad diverticular derecha pudieran presentar sangramiento tipo melena.

Estenosis Diverticular

Pacientes con estenosis diverticular se presentan con síntomas obstructivos que dependen del grado de la obstrucción de la luz colonica. Aquellos con una obstrucción parcial suelen presentar cambio en el hábito evacuatorio con dolor abdominal tipo cólico, los que tienen una obstrucción total se presentan con síntomas de obstrucción intestinal.

Fistula Diverticular

Pacientes con enfermedad diverticular pueden presentarse con fistula hacia la vagina, la vejiga, asas delgadas o incluso piel. Aquellos con fistula colovesical son los más comunes presentando síntomas de pneumaturia y fecaluria, dolor abdominal e infecciones urinarias recurrentes.

Patogénesis de la Enfermedad Diverticular

La patogenia de la enfermedad diverticular es multifactorial. Algunos de los factores a tomar en cuenta incluyen la estructura de la pared colonica, motilidad, genética, ingesta de fibra, niveles de vitamina D, obesidad y la actividad física^(1,3).

1. Estructura de la pared Colonica y Motilidad

Los divertículos del colon son herniaciones de mucosa en el musculo de la pared colonica (divertículos falsos), a través de áreas relativamente débiles que corresponden a los puntos de entrada de los vasos sanguíneos y, en el mundo occidental, se encuentran más frecuentemente a nivel del colon sigmoidees.

Existe la hipótesis de que el estreñimiento al crear altas presiones a nivel del sigmoidees conlleva a la herniación de la mucosa, sin embargo, estudios de motilidad en pacientes con diverticulosis han demostrado resultados contradictorios.

2. Genética

Se ha implicado el factor genético gracias a estudios observacionales en los que se ha verificado que la diverticulosis en el mundo occidental ocurre predominantemente a nivel del colon izquierdo en contraposición con los países asiáticos donde ocurre en el colon derecho. Asimismo, existen estudios en gemelos que confirman el factor genético como un factor de peso en el desarrollo de la enfermedad diverticular.

3. *El Papel de la Fibra en la Dieta*

Ciertos estudios han estudiado la asociación entre la fibra de la dieta y la enfermedad diverticular sintomática encontrando que una baja ingesta de fibra aumenta la incidencia de síntomas en esta enfermedad. Aún más, existe una asociación entre la ingesta de fibra y el riesgo de sufrir complicaciones de la enfermedad diverticular, lo que disminuye el ingreso hospitalario y la muerte por esta patología.

4. *El Papel de la vitamina D*

El papel que juega la vitamina D en la enfermedad diverticular ha sido estudiado recientemente y sugieren que niveles séricos bajos de vitamina D (25-OH) pueden significar el tener un mayor riesgo de complicaciones en el contexto de una diverticulitis y asoman la posibilidad de que una deficiencia en esta vitamina juegue un rol determinante en su patogenia. Sin embargo, cualquier papel que pueda jugar el tratamiento con vitamina D en esta enfermedad sigue siendo una incógnita por lo que se necesitan más estudios para su verificación.

5. *El Papel de la Obesidad y el Estilo de Vida*

Se han realizado múltiples estudios que han demostrado una relación directa entre el índice de masa corporal, circunferencia de la cintura y relación cintura-cadera en el riesgo de diverticulitis. Al igual que con la vitamina D, la fisiopatología de este factor de riesgo aún no está claramente dilucidada.

Existen resultados contradictorios entre diferentes estudios realizados en cuanto al rol que juega la actividad física en disminuir el riesgo de diverticulosis. Sin embargo, algunos han demostrado que la actividad física está asociada con menores tasas de complicaciones en presencia de enfermedad diverticular.

AINES/aspirina y el riesgo de complicaciones en enfermedad diverticular

Los inhibidores de la ciclooxigenasa tienen una asociación conocida con el riesgo de sangramiento gastrointestinal que incluye el diverticular, pero además, se reconocen como factor de riesgo de la diverticulitis y sus complicaciones. Los datos más convincentes a este respecto provienen de un meta-análisis que revisó 11 estudios sobre la asociación de AINES con perforación diverticular y 12 estudios demostrando su asociación con sangramiento diverticular⁽⁴⁾.

Tratamiento médico

1. *Uso de antibióticos en la Diverticulitis Aguda*

Por décadas los antibióticos han sido lo fundamental en el tratamiento de la diverticulitis aguda. Esto debido a que por mucho tiempo se pensó que la diverticulitis ocurría como

consecuencia de la obstrucción de un divertículo conllevando a abrasión de la mucosa, micro perforación y translocación bacteriana. Sin embargo, esta visión ha sido cuestionada a través de hipótesis emergentes que se enfocan en la creencia que algunos subtipos de diverticulitis pudieran deberse más bien a un proceso meramente inflamatorio. Recientemente se reportó el primer estudio controlado y aleatorizado sobre la necesidad del uso de antibióticos en el tratamiento de la diverticulitis no complicada⁽⁵⁾, los resultados no demostraron diferencia estadísticamente significativa, sugiriendo que su uso debe ser reservado solo para el tratamiento de la enfermedad complicada. Otro estudio similar se realizó entre observar versus tratar con antibiótico a pacientes con un primer episodio de diverticulitis no complicada. En 528 pacientes a quienes se les comprobó una diverticulitis aguda no complicada a través de la realización de una TAC, se encontró que no hubo una prolongación en el tiempo de recuperación entre el grupo observacional con el de uso de antibiótico en términos de complicación, recurrencia, readmisión, resección quirúrgica, eventos adversos o mortalidad. De hecho, los pacientes en el grupo observacional tuvieron una estancia hospitalaria significativamente menor⁽⁶⁾.

2. *Rifaximina*

La Rifaximina es un antibiótico de amplio espectro y administración oral que es pobremente absorbido. Se ha investigado su uso en el tratamiento de la enfermedad diverticular sintomática no complicada (SUDD). Un meta-análisis reciente⁽⁷⁾ evaluó cuatro trabajos prospectivos aleatorizados y encontró como resultado principal después de un año de tratamiento, el alivio de síntomas alcanzado en el 64% de los pacientes con Rifaximina, comparado con un 34,5% en el grupo control (estadísticamente significativo). Aun así, todavía no se recomienda el uso de la Rifaximina como agente para disminuir la recurrencia de diverticulitis.

3. *Mesalamina*

Estudios recientes encontraron que la mesalamina no reduce la recurrencia de episodios de diverticulitis, tiempo de recurrencia o el número de pacientes que requieren cirugía por lo que no se recomienda para la prevención de recurrencias.

4. *Probióticos*

Se ha sospechado que cambios en el microbioma colonico puedan deberse a inflamación secundaria al estasis o parálisis del flujo fecal en la enfermedad diverticular. En una revisión sistemática reciente en el que varios probióticos (principalmente cepas de Lactobacilos) fueron usados en el tratamiento de la enfermedad diverticular se encontró una evolución favorable en la disminución y/o remisión de síntomas con su implementación. Sin embargo, aún no se recomienda su uso en el tratamiento de la diverticulitis no complicada.

5. Ejercicio

La actividad física ha sido estudiada en una diversidad de desórdenes digestivos y se ha propuesto que reduce el riesgo de cáncer de colon al disminuir el tiempo del tránsito, la inflamación y/o la presión colonica, que son los mismos mecanismos que juegan un papel predominante en la enfermedad diverticular. Sin embargo, esta asociación se ha observado únicamente con una actividad fuerte como lo es el correr. Adicionalmente se ha observado que el sedentarismo está asociado con un riesgo aumentado de diverticulosis no complicada. Por lo tanto, hoy en día se sugiere una actividad vigorosa como apropiada en pacientes que han sufrido de algún episodio de diverticulitis aguda.

Tratamiento quirúrgico

Previamente la recomendación generalizada se había centrado en la discusión sobre la necesidad de una resección profiláctica después de un segundo episodio de diverticulitis aguda, sin embargo, esto ha venido cambiando. Las guías más recientes publicadas por la AGA recomiendan en contra de la resección electiva en pacientes con diverticulitis aguda no complicada, sugiriendo en cambio, individualizar la indicación de tratamiento quirúrgico en cada paciente⁽²⁾. Este cambio en el paradigma se debe en parte a estudios recientes que sugieren que la tasa de recurrencia de la diverticulitis y su progresión hacia complicaciones es probablemente más baja de lo que se pensaba.

Colonoscopia después de una diverticulitis

Esta generalmente aceptada la práctica de realizar una colonoscopia después de la resolución de un episodio de diverticulitis aguda en aquellos individuos que no hayan tenido una evaluación reciente del colon con el propósito de excluir neoplasia⁽⁸⁾. Debido a un potencial riesgo de perforación, típicamente se pospone la realización de la colonoscopia por al menos 6 semanas después del episodio agudo. Un estudio reciente detectó la tasa de neoplasia avanzada de colon en pacientes con diverticulitis aguda encontrando una relación de 6,7% comparada con un 9,1% en pacientes que fueron sometidos a un despistaje de cáncer colorectal de rutina, concluyendo por lo tanto que, siendo que la diferencia no era significativa la colonoscopia podía obviarse en aquellos pacientes con un episodio de diverticulitis, debiendo ser incluidos en un programa rutinario de despistaje⁽⁹⁾. Otro estudio evaluó el alcance de la colonoscopia después de un diagnóstico de diverticulitis en el colon izquierdo, excluyendo pacientes con una colonoscopia previa durante el año anterior al episodio, encontrando una diferencia significativa en cuanto a la prevalencia de cáncer colorectal en aquellos pacientes con una TAC de abdomen con hallazgos de absceso, perforación localizada y fistula comparada con aquellos pacientes con

enfermedad no complicada⁽¹⁰⁾. Por lo tanto, se mantiene la recomendación de realizar una colonoscopia después de un episodio de diverticulitis aguda en pacientes sin una evaluación reciente de colon.

Referencias

1. Rezapour M, Ali S, Stollman N. Diverticular Disease: An Update on Pathogenesis and Management. *Gut Liver*. 2018;12(2):125-132
2. Stollman N, Smalley W, Hirano I; AGA Institute Clinical Guidelines Committee. American Gastroenterological Association Institute guideline on the management of acute diverticulitis. *Gastroenterology* 2015;149:1944-1949
3. Humes DJ, Spiller RC. Diverticular disease of the colon. In: Podolsky DK, Fitz JG, Kалloo AN, Shanahan F and Wang TC, eds. *Yamada's Textbook of Gastroenterology*. 6th ed. John Wiley & Sons, 2016: 1522-1536
4. Kvasnovsky CL, Papagrigroriadis S, Bjarnason I. Increased diverticular complications with nonsteroidal anti-inflammatory drugs and other medications: a systematic review and meta-analysis. *Colorectal Dis* 2014;16:O189-O196
5. Chabok A, Pålman L, Hjern F, Haapaniemi S, Smedh K; AVOD Study Group. Randomized clinical trial of antibiotics in acute uncomplicated diverticulitis. *Br J Surg* 2012;99:532-539
6. Daniels L, Ünlü Ç, de Korte N, et al. Randomized clinical trial of observational versus antibiotic treatment for a first episode of CT-proven uncomplicated acute diverticulitis. *Br J Surg* 2017;104:52-61
7. Bianchi M, Festa V, Moretti A, et al. Meta-analysis: long-term therapy with rifaximin in the management of uncomplicated diverticular disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2011;33:902-910
8. Daniels L, Ünlü Ç, de Wijkerslooth TR, et al. Yield of colonoscopy after recent CT-proven uncomplicated acute diverticulitis: a comparative cohort study. *Surg Endosc* 2015;29:2605-2613
9. Lau KC, Spilsbury K, Farooque Y, et al. Is colonoscopy still mandatory after a CT diagnosis of left-sided diverticulitis: can colorectal cancer be confidently excluded? *Dis Colon Rectum* 2011;54:1265-1270
10. Peery AF, Sandler RS. Diverticular disease: reconsidering conventional wisdom. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2013;11(12):1532-7.