



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



INTESTINO DELGADO Y COLON

Enfermedad diverticular

M. V. Bielsa-Fernández

Universidad Autónoma de Guadalajara

Recibido el 9 de junio de 2016; aceptado el 30 de junio de 2016

La enfermedad diverticular (ED) es uno de los padecimientos que ha ido aumentando en México, probablemente por la occidentalización de nuestros hábitos o por el incremento de la obesidad. Su manejo también ha cambiado durante la última década, hacia un uso más juicioso de la cirugía y los antibióticos, según la última guía y revisión técnica de la AGA.¹

Buscando los términos “enfermedad diverticular”, “divertículos del colon” y “diverticulitis”, se identificaron 22 trabajos presentados durante la pasada DDW, de los cuales 13 fueron presentados por la AGA, tres por la ASGE y seis por la SSAT; aunque los 23 fueron revisados, no todos se incluyen en la presente revisión.

En la mayor parte de la literatura médica, se estima que la mayoría de los pacientes con diverticulosis permanecerá asintomática y que hasta el 30% eventualmente desarrollará ED complicada; sin embargo, en artículos recientes se ha publicado que la incidencia de diverticulosis complicada es menor.

Hubo tres trabajos sobre datos epidemiológicos de ED, uno de ellos realizado en Beirut,² con la intención de conocer mejor la historia natural de la enfermedad diverticular, en el cual realizaron un estudio transversal prospectivo del 2005 al 2012 en pacientes libaneses ≥ 50 años, que fueron referidos a colonoscopia para escrutinio de cáncer de colon. Incluyeron 823 pacientes e identificaron 224 con diverticulosis incidental (27.2%): edad media de 69.8 años (± 8.7), con predominio en

sexo masculino; 151 (67.4%) pacientes con divertículos en colon izquierdo, 13 (5.8%) en colon derecho y 51 (22.8%) con diverticulosis generalizada. De los pacientes con diverticulosis sólo se incluyeron a 146 en el seguimiento de 7.2 ± 1.9 años, y de ellos sólo el 4.1% (6 pacientes) desarrolló diverticulosis complicada y solamente uno requirió hospitalización. Los autores concluyen que la historia natural de la diverticulosis es benigna, con una tasa de complicaciones menor al 1%.

El segundo trabajo con datos epidemiológicos se realizó en EE.UU.³ Se utilizó una base de datos nacional con el propósito de definir el índice de visitas a servicios de emergencia, hospitalizaciones y readmisiones tempranas (<30 días) de pacientes con ED durante un periodo de 4 años (2009-2012). Se incluyeron a 1,339,603 pacientes con ED, de los cuales el 56% requirió hospitalización. La mayoría de los pacientes tenían entre 45 y 64 años de edad (54%), pero la mayor parte de las hospitalizaciones fue en el grupo de 65 a 84 años (65%); no hubo diferencia estadística entre sexos. De todos los pacientes, el 12.2% requirió readmisión temprana por cualquier causa, pero sólo el 4.8% fue readmitido por la ED, concluyendo que los pacientes mayores de 65 años de edad y las comorbilidades fueron las principales causas de hospitalización y readmisión.

En años recientes, con frecuencia encontramos artículos sobre diverticulitis en pacientes jóvenes. El último trabajo de epidemiología, realizado también en EE.UU.,⁴ utilizó una

Correspondencia de Autor: Avenida Dr. Ángel Leño No. 500, Torre Administrativa, Facultad de Medicina, 5º nivel, Col. Los Robles, Zapopan, Jal. C. P. 45200. Teléfono: (33) 3648-8484, ext. 31563 o 31663. Correo electrónico: mbielsa@mail.uag.mx (M. V. Bielsa Fernández)

base de datos nacional de hospitalizaciones del 2011 (que abarca aproximadamente 8 millones hospitalizaciones y más de 1,000 hospitales en EE.UU.), para comparar las características de los pacientes menores de 50 años de edad con diverticulitis vs. pacientes mayores. Hubo 243,995 hospitalizaciones relacionadas con diverticulitis, con 64,105 pacientes < de 50 años (60% hombres y 66.4% caucásicos) y 179,980 \geq 50 años de edad (35.9% hombres y 80.2% caucásicos). Según los autores, se trata de un trabajo que incluye un número importante de pacientes y demostró que la tasa de hospitalizaciones por diverticulitis es significativamente mayor entre la población hispana y afroamericana en el grupo de menores de 50 años, pero con menor duración de estancia hospitalaria.

Siempre se ha considerado que la dieta baja en fibra es un factor de riesgo para la ED. Con respecto a este tema, se presentó un trabajo⁵ que comparó dos patrones dietéticos diferentes (dieta occidental: Alto consumo de carnes rojas, granos refinados y dulces; dieta prudente: Alto consumo de frutas, verduras y granos enteros) y su asociación con diverticulitis. Fue un estudio prospectivo con seguimiento a 26 años desde 1986, con pacientes de entre 40 y 75 años, que incluyó a 47,209 hombres profesionales de la salud. Identificaron 1,060 casos de diverticulitis. Al hacer la comparación entre los pacientes que seguían las dos dietas, encontraron que el grupo con dieta occidental tenía un 52% mayor riesgo de diverticulitis. Concluyen que la fibra dietética disminuye el riesgo de diverticulitis, mientras que la ingesta de carnes rojas lo aumenta, así como que las intervenciones dietéticas a corto plazo pueden modificar dicha tendencia.

Bajo la premisa de que el pujo excesivo durante la defecación es un factor condicionante para el desarrollo de divertículos colónicos, se presentó un trabajo sobre la postura durante la defecación como factor de riesgo para desarrollar divertículos del colon (DC).⁶ El objetivo de los investigadores fue detectar si existe una asociación entre los DC y dos posturas diferentes (sentado o en cuclillas) durante la defecación. Llevaron a cabo un estudio prospectivo, enrolando 1,018 pacientes (del 1 de marzo al 30 de septiembre de 2015) a los que se les realizó una colonoscopia, en busca de la presencia de uno o más divertículos y su localización. Del total, 261 pacientes fueron excluidos. Al final, se incluyeron 757 pacientes (edad media de 54.9 ± 13.2 años), de los cuales 95 pacientes tenían DC, el 56.8% localizados en colon izquierdo, el 24.2% (23) en colon derecho y el 19% (18) pancolónicos; predominaron en el sexo femenino ($p = 0.04$) y los pacientes de mayor edad, así como entre los usuarios de inodoros tradicionales (72.2% vs. 53.5%; $p = 0.007$). También encontraron que los pacientes con DC pasaban más tiempo en el inodoro ($p = 0.04$). Concluyen en su investigación que sentarse durante la defecación (inodoro de tipo occidental) parece aumentar el riesgo de DC. Para optimizar el ángulo anorrectal, el utilizar un taburete en los pies durante la defecación puede tener un papel protector contra la formación de divertículos.

En el 2015 se publicó una clasificación endoscópica para evaluar la ED conocida como DICA (Diverticular Inflammation and Complication Assessment).⁷ Se presentó un trabajo italiano multicéntrico y retrospectivo para evaluar el valor predictivo de la clasificación DICA.⁸ Sólo se incluyeron pacientes en los que estaban disponibles las imágenes colonoscópicas (videos o fotos) y el seguimiento clínico desde el

diagnóstico inicial de ED. De cada paciente analizaron edad, grado de DICA, dolor abdominal, proteína C reactiva (y si estaba disponible, calprotectina fecal), tratamiento para mantener remisión, presencia o recurrencia de diverticulitis y necesidad de cirugía. La media de seguimiento fue de 24 meses (9-38 meses). Incluyeron a 1,651 pacientes (793 hombres, 858 mujeres, edad media 66.6 ± 11.1 años), y de ellos 939 (56.9%) se clasificaron como DICA 1, 501 (30.3%) como DICA 2 y 211 (12.8%) como DICA 3. Reportan, finalmente, que el grado de DICA fue el único factor que mostró una asociación significativa para la presencia de diverticulitis o necesidad de cirugía, por lo que concluyen que esta clasificación puede ser una herramienta útil para predecir la evolución de la ED.

Existe controversia sobre el rendimiento, los riesgos y el momento para realizar una colonoscopia después de un episodio de diverticulitis aguda. Un grupo portugués realizó un estudio en el que evalúan el impacto de la colonoscopia después de una diverticulitis aguda.⁹ De los 246 pacientes hospitalizados por diverticulitis, a 187 se les hizo colonoscopia. Se confirmó diverticulosis en 154 pacientes, con cambios inflamatorios de la mucosa colónica (6.4%) y rigidez del colon (3.2%). Encontraron pólipos en 61 pacientes: 50 adenomas con displasia de bajo grado, nueve pólipos hiperplásicos, un adenoma con displasia de alto grado, un pólipo fibro-epitelial y en cuatro pacientes (2.5%) neoplasia colónica (ninguno tenía colonoscopia previa). Concluyen que la prevalencia de las lesiones precancerosas es considerable entre los pacientes con diverticulitis aguda, que no hubo complicaciones por el procedimiento y que debería realizarse una colonoscopia a todo paciente después de una diverticulitis aguda, para excluir cáncer o lesiones precursoras, especialmente cuando no se ha realizado un estudio previamente.

Un estudio retrospectivo japonés evaluó la utilidad de la tomografía contrastada (TC-C) en la hemorragia diverticular.¹⁰ Realizaron una TC-C a 151 pacientes con diagnóstico de sangrado secundario a ED. Mediante regresión logística, analizaron la relación entre la hemorragia masiva, los factores del paciente y los resultados de estudios paraclínicos (nivel de hemoglobina y extravasación de medio de contraste en la CT-C). Según los autores, la extravasación del contraste en la CT-C es un factor de riesgo independiente para predecir sangrado masivo y, por lo tanto, es un estudio que se debería hacer en todos los pacientes con hemorragia diverticular.

Sobre la evolución del tratamiento, un grupo de Nueva York hizo un análisis retrospectivo desde 1995 hasta 2014 de 265,724 pacientes con diverticulitis aguda.¹¹ Reportan que, al menos en el estado de Nueva York, ha aumentado la prevalencia de diagnóstico de diverticulitis y de las hospitalizaciones por ED, así como del manejo inicial no quirúrgico y el número de cirugías electivas con la subsecuente disminución en las cirugías de urgencia. Sin embargo, en los pacientes mayores de 80 años de edad no mostró una disminución significativa en el porcentaje de cirugía urgente.

Respecto al manejo de la prevención de la diverticulitis recurrente, en estudios controlados y no controlados se ha evaluado la utilidad de la mesalazina, llegando a conclusiones contradictorias. A este respecto se presentaron dos trabajos. Una revisión sistemática y meta-análisis, realizado por un grupo de Ohio, EE.UU.,¹² incluyó cuatro publicaciones con

un total de 1,423 pacientes de un total de cinco estudios clínicos aleatorizados. Los autores no encontraron ninguna evidencia para apoyar el papel de mesalazina en la prevención de la diverticulitis recurrente. Debido a su falta de eficacia demostrable, su costo y efectos adversos poco frecuentes, concluyen que la mesalazina es inadecuada para esta indicación. El otro estudio fue realizado por un grupo brasileño, que evaluó los efectos de la mesalazina y/o los probióticos en los niveles de calprotectina fecal (FC) en pacientes con enfermedad diverticular no complicada sintomática (EDNC)¹³ y, contrariamente al estudio previo, concluyen que el uso combinado de mesalazina y probióticos o el aumento en la dosis de mesalazina puede contribuir a reducir los niveles de FC en EDNC.

Financiamiento

Recibió patrocinio para asistir a la DDW por parte de Laboratorios Takeda. No recibió honorario alguno por la elaboración de este manuscrito.

Conflicto de intereses

Miembro del Consejo Asesor de Commonwealth Diagnostics International, Inc. Ponente para Alfa Wassermann.

Referencias

1. Stollman N, Smalley W, Hirano I, et al. American Gastroenterological Association Institute guideline on the management of acute diverticulitis. *Gastroenterology* 2015;149:1944-1976.
2. Shayt R, Hanna K, Ziyad N, et al. The natural history of incidental colonic diverticulosis on screening colonoscopy: A prospective cohort study. [Abstract] *Gastroenterology* 2016;150(suppl 1):S308.
3. Shuja A, Skef W, Rahman A, et al. Burden of diverticulosis and diverticulitis (DD) on emergency department and hospital inpatient utilization in the United States, 2009-2012. [Abstract] *Gastrointest Endosc* 2016;83(5 suppl 1):AB232.
4. Montezuma D, Jinjuvadia R, Liangpunsakul S, et al. Characteristics of younger individuals with diverticulitis-related hospitalization. [Abstract] *Gastroenterology* 2016;150(suppl 1):S250.
5. Strate L, Keeley B, Cao Y, et al. Major dietary patterns and risk of incident diverticulitis. [Abstract] *Gastroenterology* 2016;150(suppl 1):S133.
6. Ozturk O, Koklu S, Akbal E, et al. Posture during defecation is a risk factor for colonic diverticular disease. [Abstract] *Gastroenterology* 2016;150(suppl 1):S1242.
7. Tursi A, Brandimarte G, Di Mario F, et al. Development and validation of an endoscopic classification. *Dig Dis* 2015;33:68-76.
8. Tursi A, Brandimarte G, Di Mario F, et al. Predictive value of the 'DICA' endoscopic classification on the outcome of diverticular disease of the colon: An international study. [Abstract] *Gastroenterology* 2016;150(suppl 1):S307.
9. Gonçalves TC, Barbosa M, Marinho CM, et al. To scope or not to scope? Finding answers on acute diverticulitis [Abstract]. *Gastrointest Endosc* 2016;83(5 suppl 1):AB234.
10. Kato M, Mori M, Ishida N, et al. Usefulness of contrast-enhanced computed tomography examination in colonic diverticular bleeding. [Abstract] *Gastroenterology* 2016;150(suppl 1):S902-903.
11. Lamm R, Mathews SN, Yang J, et al. 20-year trends in the management of diverticulitis across New York State, an analysis of 265,724 patients. *Gastroenterology* 2016;150(suppl 1):S1185.
12. Ali Khan M, Ali B, Kamal F, et al. No role of mesalamine in prevention of recurrent diverticulitis: A systematic review and meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. [Abstract] *Gastroenterology* 2016;150 (suppl 1):S834.
13. Bafutto M, Bafutto EH, Bafutto A, et al. Evaluation of mesalamine and/or probiotics treatment in fecal calprotectin levels in patients with symptomatic uncomplicated diverticular disease [Abstract] *Gastroenterology* 2016;150(suppl 1):S698.