



INTESTINO DELGADO Y COLON

Enfermedad diverticular y complicaciones

E. Prado-Orozco

Hospital General "Dr. Eduardo Vázquez Navarro"

Recibido el 26 de mayo de 2017; aceptado el 22 de junio de 2017

El término enfermedad diverticular del colon representa un conjunto de cambios anatómicos y fisiopatológicos en el colon relacionados con la presencia de divertículos, que son más frecuentes en el sigmoides. El trastorno puede ser asintomático o presentarse con síntomas vinculados con cambios inflamatorios y sus complicaciones.¹

Buscando los términos "enfermedad diverticular" (ED), "divertículos del colon" y "diverticulitis", se identificaron 29 trabajos presentados durante la pasada DDW, de los cuales 16 fueron de la AGA, 12 de la ASGE y 7 de la SSAT (6 en conjunto con otras asociaciones); aunque los 29 fueron revisados, no todos se incluyen en la presente revisión.

De Italia se presenta un estudio prospectivo de 13 años acerca de la historia natural de la enfermedad diverticular sintomática no complicada (EDSNC). Se enrolaron 185 pacientes con EDSNC de 2000-2002. Se siguieron hasta 2015; 47 se perdieron en el seguimiento. Se desarrolló diverticulitis aguda en 14 pacientes (7.56%), 6 (3.24%) requirieron cirugía y 2 (1.08%) murieron por peritonitis. La mediana de síntomas fue de 7.5 (0 a 12) al inicio y de 8.4 al término. Se concluye que la EDSNC es una enfermedad benigna que afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes. Además, estos pueden experimentar diverticulitis aguda, requerir tratamiento quirúrgico y desarrollar complicaciones asociadas.² En otro estudio realizado en Estados Unidos se analizó la base de datos de pacientes hospitalizados de todos los sujetos

egresados con diagnóstico de ED con o sin hemorragia de 2000 a 2011. En 2000 se encontraron 242,412 pacientes, mientras que en 2011 fueron 342,065 ($p < 0.0001$); sin hemorragia en 2000 fueron 222,232 y 326,556 en 2011 ($p < 0.0001$); y con hemorragia en 2000 se encontraron 20,180 y 15,510 en 2011 ($p < 0.0001$). La diverticulitis siempre fue más común en la edad entre 65 y 79 años. Se observó que el grupo de 50 a 64 años ahora es más común que el grupo > 80 años ($p < 0.0001$). Fue más frecuente en el sexo femenino ($p < 0.0001$). El promedio de estancia hospitalaria y la mortalidad disminuyeron de 2000 a 2011 ($p < 0.0001$), pero el costo de la atención aumentó considerablemente de 10,352 a 11,545 dólares (ajustado para la inflación, $p < 0.0001$).³

Ahora evaluemos lo que se discutió acerca de factores de riesgo. De Argentina se presentó un estudio para ver si había una asociación entre ED e ingesta de fibra, factores demográficos, índice de masa corporal (IMC) y uso de AINE, de ácido acetilsalicílico y limpieza colónica. Fue un estudio observacional, comparativo de corte. Se incluyeron 1,723 pacientes; 34.5% presentó ED. La ED fue más frecuente en individuos > 70 años. A mayor ingesta de fibra se observó menor incidencia de ED. Más frecuente en hombres (40% vs. 30%) y más frecuente con IMC más altos (37.6% vs. 28%). No se encontró asociación entre ED y uso de AINE o tabaquismo. En el análisis multivariado se observó una asociación significativa entre edad > 70 años, sexo masculino, IMC alto, ingesta de menos

Correspondencia de Autor: Priv. Las Ramblas 4/1027, Col. Desarrollo Atlixayotl, Puebla, Pue., México. C. P. 72197. Teléfonos: (222) 5711814, celular (222) 2123544. Correo electrónico: eprado_204@yahoo.com (E. Prado-Orozco)

de 5 g de fibra al día y ED.⁴ El grupo de la Clínica Mayo presentó un estudio prospectivo para determinar si la edad y la hipertensión arterial (HTA) son factores de riesgo para desarrollar ED. Mencionan un estudio retrospectivo previo del mismo grupo, de casos y controles, en el que identificaron una asociación entre la edad y la HTA (pero no en estilo de vida e ingesta de fibra) y el desarrollo de ED. Se incluyeron 225 pacientes programados para una primera colonoscopia de tamizaje que aceptaron ingresar al estudio; 79 (36.4%) tenían ED. En el análisis de regresión logística comparando a los que tenían ED contra los que no la tenían se halló que los pacientes con HTA tenían un muy alto riesgo de presentar ED y que los pacientes con ED eran mayores y tenían menor probabilidad de estar tomando medicamentos para el control de HTA. No se observaron otros factores, incluida la cantidad de fibra ingerida en la dieta. Se concluye que existe una fuerte asociación entre la HTA y la ED, y que se requieren estudios para tratar de encontrar el porqué de la misma.⁵ Un meta-análisis muy interesante de Corea explora la relación entre la diverticulosis (ED) y el cáncer colorrectal (CCR). Se recuerda que la ED y el CCR comparten factores de riesgo y tendencias epidemiológicas. Sin embargo, los datos acerca de la asociación entre estas dos condiciones continúan siendo controversiales. Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura que abarcó estudios que investigaban la asociación entre ED y adenomas, pólipos y neoplasias avanzadas. Se identificaron e incluyeron 26 estudios que cumplieron con los criterios (60,016 pacientes). El meta-análisis demostró una asociación significativa entre ED y adenomas y entre ED y pólipos. Sin embargo, un análisis por subgrupos demostró que la asociación entre ED y adenomas solo se veía en pacientes sintomáticos llevados a colonoscopia, pero no en pacientes llevados a colonoscopia de tamizaje. Además, el meta-análisis demostró que no había asociación entre ED y neoplasia avanzada, e incluso se observó un riesgo más bajo para CCR. La conclusión final de esta revisión es que la ED está asociada con pólipos y adenomas, pero no con neoplasias avanzadas ni con CCR.⁶

De Roma se encontró un estudio que evalúa el impacto de la clasificación endoscópica DICA en la carga impositiva de la ED. Se trata de un estudio retrospectivo que utilizó estadísticas del sistema de salud de Italia. Se estima que 75% de los pacientes con ED está en DICA 1, 30% en DICA 2 y 13% en DICA 3. Se estimó un gasto de 378 millones de euros en pacientes con DICA 1, 203 millones en pacientes con DICA 2 y 88 en aquellos con DICA 3. Considerando que los tratamientos médicos no han mostrado una ventaja significativa entre DICA 1 y DICA 3 en cuanto a prevención de diverticulitis aguda o necesidad de cirugía, se estima que en Italia se gastan más de 475 millones de euros, sin una prueba objetiva de que se aporte un beneficio significativo en los pacientes con ED.⁷

En Estados Unidos se estudió la utilidad de la escala de Glasgow-Blatchford como sistema pronóstico para hemorragia de tubo digestivo bajo (HTDB) y se comparó si es tan buena como para hemorragia de tubo digestivo alto (HTDA). Fue un estudio retrospectivo con una cohorte de 570 pacientes en el que se comparó la escala en la predicción del resultado primario tanto en HTDA como en HTDB. La escala de Glasgow-Blatchford > 1 tuvo 92.5% de sensibilidad y 23.3% de especificidad en HTDB, mientras que tuvo 98.9% de sensibilidad y 10.26% de especificidad en HTDA. Se concluyó que la escala de Glasgow-Blatchford puede utilizarse en pacientes

con HTDB y que ayudará a estratificar a los pacientes, lo que resultará en una selección más apropiada y un uso más racionalizado de los recursos.⁸

Hablando acerca de las complicaciones, en Japón se analizaron los factores de riesgo para sangrado por enfermedad diverticular (ED) y su recurrencia. El estudio menciona que los factores de riesgo relacionados con inicio, recurrencia y profilaxis apropiada de sangrado por ED no se han establecido. Se incluyeron 96 pacientes con sangrado por ED (grupo control de pacientes similares en edad y sexo con ED sin sangrado). Se investigaron factores de riesgo, distribución de los divertículos, enfermedades asociadas y medicamentos que tomaban. Los que sangraron por primera vez se compararon con lo que presentaron resangrado. La edad promedio del primer sangrado fue 71 años. El análisis univariado mostró que ED bilateral, enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y tomar anticoagulantes son factores de riesgo para presentar sangrado. El análisis multivariado demostró que la ED bilateral, la enfermedad cardiovascular y el uso de AINE no selectivos son factores de riesgo para sangrado. La edad promedio de los pacientes con resangrado fue 70.3 años. La recurrencia en 1 año fue 13.1%. El análisis univariado sólo demostró que los esteroides probablemente aumentan el riesgo de resangrado. La conclusión es que una distribución extensa de los divertículos, las enfermedades cardiovasculares asociadas y el uso de AINE no selectivos son factores de riesgo para presentar sangrado por ED.⁹ En otro estudio de Estados Unidos se revisaron los reingresos no planeados, los costos y las causas del reingreso de pacientes con ED. Se hizo un estudio longitudinal y observacional revisando bases de datos nacionales de pacientes con ED y diverticulitis que reingresaron al hospital. Se investigó la causa y se calcularon los costos en 2013. Se encontraron 84,869 ingresos por ED y 8,367 reingresos (9.87%). Las causas principales fueron ED (35.2%), complicaciones de cirugía o tratamiento médico (10.8%), septicemia (4.69%) e infección intestinal (3.9%) entre las más frecuentes. El costo de estos reingresos fue de aproximadamente 248.2 millones de dólares en 2013. Se concluye que los reingresos no planeados a 30 días son frecuentes y el costo muy alto.¹⁰

Financiamiento

El autor recibió patrocinio de Sanfer para asistir a la DDW.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses para la realización de este trabajo.

Referencias

1. Durán-Ramos O, Martínez P, Durán O (eds.). Enfermedad diverticular del colon. En: Tratado de cirugía general, 3ª ed. México: Manual Moderno, 2017:1246-54.
2. Tursi A, Di Mario F, Grillo S, et al. Natural history of symptomatic uncomplicated diverticular disease: a 13-year prospective study [Abstract]. *Gastroenterology* 2017;152(5 suppl. 1):S807.
3. Haq KF, Solanki S, Khan MA, et al. Demographic variation and temporal trends in diverticulitis of the colon. *Analysis of na-*

- tional trends in the US from 2000 to 2011 [Abstract]. *Gastroenterology* 2017;152(5 suppl 1):S735.
4. Tawil J, Maynat A, Ramos Mejia M, et al. Is there any association between diverticulosis and fiber intake, demographic factors, body mass index, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, acetylsalicylic acid and colonic cleansing? [Abstract]. *Gastrointestinal Endosc* 2017;85(5 suppl):AB266-AB267.
 5. Farrar WD, Deppe LM, Decker MS, et al. Hypertension and aging are associated with colonic diverticulosis, but not fiber intake [Abstract]. *Gastroenterology* 2017;152(5 suppl 1):S646-647.
 6. Lee HJ, Kim HJ. The relationship between diverticulosis and colorectal neoplasia: A meta-analysis [Abstract]. *Gastrointestinal Endosc* 2017;85(5 suppl):AB260.
 7. Tursi A, Cassieri C, Lecca PG, et al. Impact of endoscopic classification "DICA" on the burden of diverticular disease of the colon [Abstract]. *Gastroenterology* 2017;152(5 suppl 1):S806-S807.
 8. Khalid S, Idrisov EA, He X, et al. Glasgow-Blatchford score as a prognostic scoring system for lower gastrointestinal bleed: Is it as good as for upper gastrointestinal bleed? [Abstract]. *Gastrointestinal Endosc* 2017;85(5 suppl):AB202.
 9. Taki M, Oshima T, Takimoto M, et al. Analysis of risk factors for colonic diverticular bleeding and recurrence [Abstract]. *Gastrointestinal Endosc* 2017;85(5 suppl):AB261.
 10. Patel PD, Patel S, Panwala A, et al. 30-day unplanned readmission rates, cost and causes in diverticular disease [Abstract]. *Gastroenterology* 2017;152(5 suppl 1):S447.