



## CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO

# Enfermedad diverticular del colon. Lo mejor de la reunión de ASCRS 2016 y DDW 2017

L. Charúa-Guindic

*Hospital Ángeles de Las Lomas*

Recibido el 22 de mayo de 2017; aceptado el 9 de junio de 2017

A continuación se describen los trabajos más relevantes relacionados con la enfermedad diverticular del colon presentados en la reunión de la Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto (ASCRS por sus siglas en inglés) que se llevó al cabo en la ciudad de Los Ángeles, California, del 30 de abril al 4 de mayo de 2016 y en la DDW, realizada en la ciudad de Chicago, Illinois, del 6 al 9 de mayo de 2017.

En el estudio de Johnston y colaboradores<sup>1</sup> se identificó que de una población de 137,793,346 individuos que viven en 687 condados de los Estados Unidos (no se especifica el periodo de estudio), se hospitalizaron 362,401 pacientes con el diagnóstico primario o secundario de diverticulitis. De ellos, 326,437 (90%) se clasificó como enfermedad diverticular no complicada y 35,964 (10%) como complicada; 22.2% (80,546) de los pacientes hospitalizados ameritaron resecciones quirúrgicas de colon. Del grupo que se clasificó como diverticulitis no complicada, solo 18% se sometió a cirugía en comparación con 64% de aquellos clasificados como diverticulitis complicada.

Desai y colaboradores<sup>2</sup> indican que los antibióticos se utilizan rutinariamente en la práctica clínica para el manejo de la diverticulitis, independientemente de la gravedad. Las guías de práctica actuales favorecen el uso de antibióticos para la diverticulitis no complicada. Se realizó una revisión sistemática y meta-análisis para examinar el papel del uso

de antibióticos en la diverticulitis no complicada. Estos autores efectuaron una búsqueda sistemática de la literatura con bases de datos electrónicas (Medline, Embase, Google Scholar y Cochrane). Los criterios de inclusión fueron: estudios con pacientes con diverticulitis no complicada que recibieron antibióticos en comparación con pacientes que no los recibieron; se incluyeron exclusivamente estudios con reporte de serie de casos, artículos de revisión y editoriales, diverticulitis complicada y estudios sin brazo de control (observación o ausencia de antibióticos). Las complicaciones abarcaron: perforación, obstrucción, fístula, absceso o estenosis. En este análisis combinado se analizaron las variables demográficas y los resultados en tiempo de estancia hospitalaria, complicaciones, fracaso del tratamiento, diverticulitis recurrente, resección sigmoidea y tasa de mortalidad de cada grupo.

De 1,050 citas revisadas, siete estudios fueron elegibles para el análisis. Hubo un total de 2,241 pacientes; de ellos, 895 recibieron antibióticos (edad media 59.1 años y 38% hombres) y 1,346 no los recibieron (edad media de 59.4 años y 37% hombres). La duración de la estancia hospitalaria no fue significativamente diferente entre los dos grupos: 3.06 días para el grupo sin antibióticos vs. 4.5 días para el de antibióticos, con una *p* de 0.20; tasa de complicaciones

Correspondencia de Autor: Av. Vialidad de la Barranca s/n, consultorio 110, Col. Valle de Las Palmas, Huixquilucan, Estado de México, México. C. P. 52789. Teléfono (55) 5246-9649. Correo electrónico: [luischarua@hotmail.com](mailto:luischarua@hotmail.com) (L. Charúa-Guindic)

totales (OR combinado de 1.99, IC 95% 0.66-6.01, y una  $p$  de 0.22), fracaso del tratamiento (OR combinado 0.68, IC 95% 0.42-1.09 y una  $p$  de 0.11), diverticulitis recurrente (OR combinado 1.27, IC 95% 1.79 y una  $p$  de 0.18) y pacientes que requirieron resección sigmoide (OR combinado 3.37, IC 95% 0.65-17.34 una  $p$  de 0.15) no fueron significativamente diferentes entre los que recibieron antibióticos y los que no los recibieron. La tasa de mortalidad fue de 4 en 1,310 enfermos del grupo sin antibióticos en comparación con 4 de 863 enfermos del grupo con antibióticos. Los autores concluyen que los pacientes con diverticulitis no complicada pueden ser monitorizados con antibióticos.

A pesar de las publicaciones de los parámetros de manejo de la ASCRS para el tratamiento de la diverticulitis sigmoidea emitidas en 2006 y 2014, existe controversia con respecto a las indicaciones para la resección electiva del colon. El estudio de Lassiter<sup>3</sup> fue diseñado para analizar los resultados y la rentabilidad de la atención médica versus la cirugía abierta y laparoscópica para la diverticulitis. Se realizó un análisis retrospectivo de 183,179 admisiones hospitalarias a nivel nacional en Estados Unidos durante el periodo comprendido de 2009 a 2012 con el diagnóstico primario de diverticulitis. Los casos se seleccionaron con base en la clasificación internacional de enfermedades (CIE-9-MC). Fueron excluidos del análisis los pacientes hospitalizados que se sometieron a un procedimiento quirúrgico que no estaba directamente relacionado con el tratamiento de la diverticulitis. Los resultados investigados inicialmente fueron la mortalidad hospitalaria, la estancia hospitalaria y el costo total. El 73.7% de los ingresos se resolvió con tratamiento médico y 26.3% con tratamiento quirúrgico; de estos, 38.3% fue por vía laparoscópica. Tomadas en su conjunto, incluidas diverticulitis complicada y no complicada, las admisiones médicas tenían significativamente menor mortalidad (0.3% vs. 1.2%), estancia hospitalaria (3.7 días vs. 8.15) y gastos totales (US \$20,464 vs. US \$69,040), los valores de  $p$ , en todos los casos fue de  $p < 0.001$ .

Los resultados de admisión médica para la enfermedad sin complicaciones versus ingresos electivos de cirugías laparoscópicas fueron similares, la mortalidad de 0.2% vs. 0.1%. Estancia hospitalaria de 3.4 vs. 4.7 días y el total gastos de \$18,852 vs. \$47,774.

Como se señaló, la mortalidad intrahospitalaria asociada a cirugía laparoscópica electiva fue menor a la mortalidad de admisión médica. Kochar y colaboradores<sup>4</sup> realizaron un estudio siguiendo las guías de la ASCRS, en las que se recomienda una colonoscopia después de la resolución de un cuadro agudo de diverticulitis con la finalidad de confirmar el diagnóstico y excluir otra patología importante. El objetivo de este estudio fue evaluar la incidencia de lesiones adenomatosas malignas y avanzadas después de un episodio de diverticulitis. Se revisaron todos los informes de endoscopia que reportaron enfermedad diverticular como la indicación de colonoscopia de 2005 a 2015. Se verificaron datos demográficos, resultado de la endoscopia e informes de patología de las biopsias endoscópicas. Los autores definieron que un adenoma avanzado es toda lesión mayor de 1 centímetro o los adenomas serratos y tubulovelloso con displasia de alto grado. Se identificaron 442 pacientes (205 mujeres), con edad media de 52 años (rango 22-86), a los que se les practicó una colonoscopia por el antecedente de diverticulitis. En 367 (83%) pacientes pudo realizarse una colonoscopia

completa, con la identificación de lesiones avanzadas en dos de ellos. Los autores concluyen que tras un episodio de diverticulitis, la colonoscopia tiene una baja incidencia de otra patología en el colon.

Cada vez hay más informes de que los pacientes jóvenes tienen una presentación más complicada de la diverticulitis que los pacientes mayores. Sin embargo, existe poca información disponible de las tendencias en los enfermos hospitalizados entre los grupos de edad para la diverticulitis complicada y la necesidad de cirugía. El objetivo del estudio realizado por Douglas y colaboradores<sup>5</sup> fue definir la frecuencia de diverticulitis complicada en todos los grupos de edad y los resultados en el internamiento. Se analizó la muestra nacional de hospitalización en los Estados Unidos en el periodo comprendido entre 1988 y 2011 para determinar la frecuencia de pacientes con diverticulitis complicada que requirieron hospitalización y definir los resultados obtenidos en los hospitales y la duración de la estancia hospitalaria. Un total de 1,171,181 pacientes fueron ingresados en los hospitales de ese país por diverticulitis complicada. La frecuencia ajustada por edad de las hospitalizaciones ha aumentado casi al doble: de 37.24 por 100,000 pacientes en 1988 a 68.34 por 100,000 en 2011 ( $p < 0.001$ ). De todas las hospitalizaciones, hubo aproximadamente dos veces más frecuencia de hospitalizaciones entre los pacientes de 18 a 30 años (0.92% en 1988 a 1.92% en 2011) y los de 31 a 59 años (20.15% en 1988 a 40.6% en 2011); sin embargo, hubo casi 1.5 veces menos frecuencia de hospitalizaciones entre enfermos de más de 60 años de edad (78.93% en 1988 a 57.47% en 2011). En general, la tasa media de mortalidad ajustada por edades ha disminuido de manera significativa de 87.35 por 100,000 a 36.68 por 100,000 pacientes. En comparación con los pacientes mayores de 60 años, los más jóvenes tuvieron una tasa significativamente mayor de perforación intestinal, abscesos, estenosis, fístula intestinal y necesidad de cirugía ( $p < 0.001$ ). No obstante, los pacientes mayores de 60 años tenían una tasa significativamente más alta de hemorragia diverticular en comparación con los más jóvenes ( $p < 0.001$ ). La estancia hospitalaria ha disminuido de 10.2 días en 1988 a 6.1 días en 2011. Por último, se duplicó la tasa de hospitalización entre los individuos menores de 60 años. Los pacientes más jóvenes tienen una mayor tasa de perforación intestinal, abscesos, estenosis, desarrollo de fístula intestinal y necesidad de cirugía en el momento de la hospitalización en comparación con los pacientes mayores. Los enfermos de la tercera edad que se presentaron con diverticulitis tuvieron mayor posibilidad de ser tratados médicamente. Dada la mejora en la atención médica oportuna de las complicaciones relacionadas con la diverticulitis, la duración de las tasas de hospitalización y la mortalidad han disminuido de forma significativa en las dos últimas décadas.

## Financiamiento

No hubo incentivos económicos para la elaboración de este manuscrito. El Laboratorio Allergan proporcionó la beca de inscripción y hospedaje a la DDW 2017, en Chicago, Illinois.

## Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de interés alguno con los resúmenes aquí descritos.

## Referencias

1. Johnston D, Schoetz D, Marcello P, et al. Is the variability in surgical resection rates for diverticulitis related to the availability of surgeons? Sesión de carteles presentada en ASCRS; 2017 abril 30-mayo 4; Los Ángeles, CA. P 407.
2. Desai M, Fathallah J, Nutalapati V, et al. Antibiotics versus no antibiotics for uncomplicated diverticulitis: a systematic review and meta-analysis. Sesión de carteles presentado en DDW; 2017 mayo 6-9; Chicago, IL. Sa 1697.
3. Lassiter RL. Medical versus surgical treatment of diverticulitis: How the rise of laparoscopy may tip the balance. Sesión de carteles presentada en ASCRS; 2017 abril 30-mayo 4; Los Ángeles, CA. P 59.
4. Kuchar K, Eftaiha SM, Blumetti J, et al. The yield of significant findings at colonoscopy after diverticulitis: a multicenter review. Sesión de carteles presentada en ASCRS; 2017 abril 30-mayo 4; Los Ángeles, CA. P D17.
5. Nguyen DL, Bechtold ML. Increasing frequency of hospitalizations among young patients for complicated diverticulitis: national trends and in-hospital outcomes. Sesión de carteles presentada en DDW; 2017 mayo 6-9; Chicago, IL. Tu 1710.