

Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon.

Cuadros clínicos y diagnóstico

Coordinador: Dra. Angélica Hernández Guerrero

Participantes: Dr. Juan Miguel Abdo Francis, Dr. Pedro Brito Lugo, Dr. Antonio de la Torre Bravo, Dr. Raúl Marín Pineda, Dr. Miguel Stoopen Rometti.

¿Cuáles son los cuadros clínicos y cuál su frecuencia?

Diverticulosis: Implica la presencia de uno o más divertículos sin causar síntomas. Su frecuencia es de 5% antes de los 40 años y hasta 65-70% a los 70 años.¹

Nivel de evidencia 4

Enfermedad diverticular sintomática: Dolor abdominal recurrente en el cuadrante inferior izquierdo.

Diverticulitis: Es el proceso inflamatorio que resulta de la infección del divertículo con micro o macroperforación de la pared y que puede extenderse a las estructuras vecinas. Es una infección de los divertículos del colon secundaria a la obstrucción del cuello o la abrasión de la mucosa. Este término representa un espectro de los cambios inflamatorios que van desde la inflamación local hasta la peritonitis generalizada por perforación.

Nivel de evidencia 4

En promedio, 20% de los pacientes con enfermedad diverticular desarrollarán diverticulitis, con un incremento anual de 0.006% por año.

Nivel de evidencia 2

Las manifestaciones clínicas principales son dolor localizado con mayor frecuencia en cuadrante

inferior izquierdo del abdomen en 93%, aunque puede presentarse en otros sitios del abdomen; fiebre en 57% y datos de irritación peritoneal, así como leucocitosis de 69 a 83%. Otros síntomas: náusea, vómito, cambios en el hábito intestinal y en raras ocasiones disuria y polaquiuria. Se ha referido que la falla en el diagnóstico clínico se puede presentar hasta en una tercera parte de los casos.²

Nivel de evidencia 3

Complicaciones de la diverticulitis (Cuadro 1):

La frecuencia de las complicaciones es variable y esto depende del tiempo en el que el paciente recibe atención médica e incluye a los pacientes que presentan obstrucción, perforación y fístula.

Cuadro 1
Clasificación de Hinchey modificada

Grado I	Diverticulitis con aumento en la densidad de la grasa pericolónica. Absceso pericolónico
Grado II	Absceso pélvico tabicado
Grado IIa	Abscesos distantes. Posible drenaje por punción
Grado IIb	Abscesos complejos con fístula
Grado III	Peritonitis purulenta generalizada
Grado IV	Peritonitis fecal

La aparición de fístula varía de 2 a 12%, siendo las más comunes: la fístula colovesical (68%), colovaginal (25%), colocutánea y coloentérica (6%). La obstrucción es poco frecuente y suele ser parcial. Se describe en 10%; la obstrucción total es excepcional. La frecuencia de abscesos asociados es de 28% promedio y la de la perforación libre va de 14 a 16%. Aunque no existen informes específicos, se conoce que 23% de los abscesos abdominales son secundarios a diverticulitis complicadas. La recurrencia de los cuadros de diverticulitis aguda después de tratamiento médico con antibióticos es de 10 a 28% y posresección es poco frecuente cuando la anastomosis es rectal. Si ésta se realiza al colon-sigmoides se presenta de 20 a 30%.³

Hemorragia: Su frecuencia como complicación de la enfermedad diverticular es de 15% (3-27%) y su manifestación macroscópica es de 3 a 5% y puede presentarse como hematoquezia masiva. La hemorragia por divertículos representa de 30 a 50% de las causas de hematoquezia. Setenta a 80% de los casos se autolimitan y la mortalidad es cercana a 2%. El riesgo de recurrencia de un segundo episodio es de 25% y de un tercero es de 50%.⁴

Nivel de evidencia 3

¿Cuál es la mortalidad de cada uno de los cuadros?

La mortalidad por perforación libre es de 35%. La mortalidad por hemorragia es cercana al 2%.⁵

Nivel de evidencia 1

¿Cuáles son los métodos diagnóstico y sus valores de predicción?

El mejor método de diagnóstico para la enfermedad diverticular no complicada o diverticulosis, es el colon por enema, los divertículos también se pueden ver en la colonoscopia o la colonografía CT como hallazgo incidental y no son un método que se indique para averiguar su existencia.^{6,7,8}

Nivel de evidencia 1. Recomendación A

La tomografía computada es el método de elección para el diagnóstico de diverticulitis con una sensibilidad de 99%, especificidad de 95%, valor de predicción del resultado positivo de 99%, valor de predicción del resultado negativo de 99% y eficacia global de 99%.^{9,10}

Nivel de evidencia 1. Recomendación A

Los signos son:

Divertículos: Imágenes vistas en cortes axiales como estructuras en forma de saco llenas de aire, bario o materia fecal, que se proyectan fuera de la pared del colon. Son visibles en más del 80%.

Diverticulitis: Inflamación de la grasa pericólica hasta en 98%; se identifica por densidad del tejido blando pericólico en forma de estrías o densidades difusas, rodeando al sitio afectado del colon. Representa edema e inflamación. Frecuentemente, se observa un divertículo en el seno de estas imágenes.

Engrosamiento de la pared del colon: la pared mide más de 4 mm, perpendicular al eje mayor del colon, su frecuencia es de 70%.

Absceso pericolónico: Acúmulo de líquido generalmente vecina al sitio de la perforación, puede contener burbujas de gas y materia fecal. Su frecuencia va de 35 a 50%.

Absceso a distancia: Acúmulo de líquido circunscrito localizado en cualquier parte de la cavidad.

Peritonitis: Cambios inflamatorios difusos en el peritoneo con o sin acúmulos de líquido dispersas en la cavidad. Fístula entre la pared del colon y otro elemento anatómico del abdomen que puede ser vejiga, vagina o pared abdominal.

Las tres imágenes más frecuentes son: inflamación pericólica (95 a 100%),^{9,11} engrosamiento de la pared pericólica (70%) y absceso pericolónico (hasta en 35%).

Nivel de evidencia 2. Recomendación B

El ultrasonido abdominal puede mostrar signos de diverticulitis, particularmente del sigmoides y del ciego, y éstos son: imagen de "seudoriñón", producida por el engrosamiento de la pared de más de 4 mm y la presencia de gas en el colon. Puede ser útil para identificar abscesos perisigmoideos o

pélvicos. En algunos informes se ha señalado que puede tener una eficacia similar a la de la TAC.¹² Sin embargo, su uso está limitado para explorar otras áreas de colon y por su carácter dependiente del operador.

Nivel de evidencia 1. Recomendación A

Los estudios radiográficos convencionales: La placa simple del abdomen puede tener utilidad en algunos pacientes con cuadros agudos cuando no se dispone de tomografía computada y el colon por enema no está indicado,^{6,7} excepto en los casos en los que se sospecha obstrucción. En éstos se recomienda realizarlo con medio de contraste hidrosoluble y a baja presión.¹³

Nivel de evidencia 2. Recomendación B

El diagnóstico de hemorragia puede realizarse por arteriografía selectiva o angiotomografía computada, se requiere un índice de hemorragia de 0.5 mL por minuto. La gammagrafía con eritrocitos marcados también es útil y logra el diagnóstico con menor índice de hemorragia (0.05 a 0.1 mL por minuto).¹⁴

Nivel de evidencia 2. Recomendación B

¿Cómo se aplican en los diferentes cuadros y qué riesgos tienen? ¿Cuáles son las indicaciones de la colonoscopia óptica y virtual?

La colonoscopia no está indicada en el diagnóstico de diverticulosis, puesto que el colon por enema es mucho más eficiente y sin riesgos; sin embargo, los divertículos son un hallazgo frecuente en la colonoscopia efectuada por otras indicaciones.

Nivel de evidencia 5. Recomendación D

En la diverticulitis complicada la colonoscopia no es un procedimiento recomendado por el riesgo de perforación por la presión del endoscopio y

del aire insuflado, además de que la enfermedad no permite una preparación intestinal adecuada, y por otro lado, la dificultad para distender el órgano lo hace un procedimiento difícil. En un pequeño grupo de pacientes es necesario el diagnóstico diferencial con otros tipos de colitis, en cuyo caso es preferible la rectosigmoidoscopia sin insuflación o el uso del colonoscopio pediátrico.¹⁵ En cambio, en la enfermedad diverticular complicada con hemorragia, la colonoscopia es muy útil porque puede determinar la causa, magnitud y localización, además, permite la aplicación de algún procedimiento terapéutico.¹⁶ El colon por enema no tiene ninguna indicación en el diagnóstico ni tratamiento de la hemorragia de origen diverticular.

Nivel de evidencia 2. Recomendación B

La colonografía por CT (colonoscopia virtual) no tiene indicación en la diverticulitis complicada.

Nivel de evidencia 3. Recomendación B

Bibliografía

1. Heise CP. Epidemiology and pathogenesis of diverticular disease. *J Gastrointest Surg* 2008;12:1309-11.
2. Brengman ML, Otehy DP. Timing of computed tomography in acute diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 1998;41:1023-1028.
3. Thaler K, Baig MK, Berho M *et al*. Determinants of recurrence after sigmoid resection for uncomplicated diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 2003;46:385-8. Parra-Blanco A. Colonic Diverticular Disease. *Digestion* 2006;73 (Suppl 1):47-57.
4. Murphy T, Hunt RH, Fried M, Krabshuis JH, editores. World Gastroenterology Organization practice guidelines [monografía en internet]. Diverticular disease 2008. [Citado el 16 de enero del 2009.] Disponible en: http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/en/pdf/guidelines/07_diverticular_disease.pdf
5. Freeman SR, McNally PR. Diverticulitis. *Med Clin North Am* 1993;77:1149-1167.
6. Ambrossetti P, Robert JH, Witzig JA *et al*. Acute left colonic diverticulitis: a prospective analysis of 226 consecutive cases. *Surgery* 1994;115:546-550.
7. Gouzi JL, Bloom E. Radiological and endoscopic diagnosis of sigmoid diverticulitis. *Rev Prat* 1995;45:978-981.
8. Kircher MF, Rhea JT, Kihiczak D, Novelline RA. Frequency, sensitivity, and specificity of individual signs of diverticulitis on thin-section helical CT with colonic contrast. *AJR Am J Roentgenol* 2002;178:1313-1318.
9. Naves J. Tratamiento conservador de la diverticulitis y selección para cirugía. *Rev Gastroenterol Mex* 2007;72(Suppl 2):106-108.
10. Lohrmann C, Ghanem N, Pache G *et al*. CT in acute perforate sigmoid diverticulitis. *Eur J Radiol* 2005;56:78-83.
11. Liljegren G, Chabok A, Wickbom M, Smedh K, Nilsson K. Acute colonic diverticulitis: a systematic review of diagnostic accuracy. *Colorectal Dis* 2007;9:480-488.
12. Whetsone D, Hazey J, Pofah WE, Roth JS. Current management of diverticulitis. *Curr Sur* 2004;61:361-365.
13. Abdo JM. Hemorragia de tubo digestivo de origen desconocido. Un reto diagnóstico y terapéutico. *Rev Med Hosp Gen Méx* 2001;64:234-239.
14. Marshall JB. Use of a pediatric colonoscope improves the success of total colonoscopy in selected adult patients. *Gastrointest Endosc* 1996;44:675-678.
15. Jensen DM, Machicado GA. Diagnosis and treatment of severe hematoquezia. The role of urgent colonoscopy after purge. *Gastroenterology* 1988;95:1571.