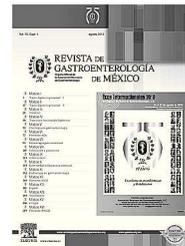




REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es



■ Colon y recto

Enfermedad diverticular del colon

Juan Miguel Abdo Francis

Servicio de Gastroenterología. Hospital General de México,
O. D.

La enfermedad diverticular del colon es muy común en países occidentales y su prevalencia aumenta con la edad. Afecta a 60% de los sujetos mayores de 70 años y a 65% de los mayores de 80 años.¹⁻³ Se ha notificado que la prevalencia en la población abierta en México es de 4% a 9% y es infrecuente en individuos menores de 40 años con una afectación de 5% a 10%.⁴ Es común que la enfermedad se reconozca como un hallazgo radiológico, aunque puede presentarse en la forma de diverticulosis espástica, con dolor, enfermedad complicada con perforación libre o sellada y hemorragia (autolimitada en más de 80% de las veces).^{5,6}

En la DDW 2010 celebrada en Nueva Orleans se presentaron 13 trabajos relacionados con el tema. Le Clercq y colaboradores expusieron un estudio prospectivo de un año en el que se incluyó a 2310 pacientes sometidos a colonoscopia, 79% de ellos con síntomas de colon: 37% de los sujetos analizados tuvo enfermedad diverticular con predominio en el colon izquierdo. Un hallazgo relevante fue la relación entre edad, presencia de divertículos en el colon y lesiones colorrectales adjuntas. La razón de momios (OR) para tener lesiones colorrectales pasó de 3.0 en personas de 60 años a 6.6 en menores de 40 (IC 95%, 3.8-11.6; $p < 0.001$) lo que no se observó en pacientes mayores de 70 años con enfermedad diverticular. Los resultados anteriores permiten considerar a la enfermedad diverticular como un factor de riesgo independiente para el desarrollo de lesiones colorrectales en individuos jóvenes.⁷

En relación con el riesgo de hemorragia por divertículos, Strate presentó un análisis de los factores de riesgo cardiovasculares habituales, como obesidad, inactividad física y dieta y su probable

vínculo con la hemorragia por divertículos mediante un estudio realizado en una cohorte de pacientes mayores de 65 años incluidos a partir de 1990. Durante 16 años de seguimiento se documentaron 94 casos de hemorragia diverticular. El análisis multivariado reconoció que la edad, género masculino, índice de masa corporal, actividad física deficiente y antecedente de enfermedad isquémica en la familia fueron factores independientes relacionados con el riesgo de hemorragia por divertículos, lo cual sugiere una probable base cardiometabólica como causa de la hemorragia en los divertículos.⁸

En un estudio de casos y controles, Tsuruoka y colaboradores analizaron la función de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) como factor de riesgo para incrementar la hemorragia por divertículos. Se incluyó a 51 pacientes que acudieron a la Escuela Médica de Saga en Japón por hemorragia por divertículos, 47 por colitis isquémica y 196 controles en un periodo de ocho años. De los factores analizados, el consumo de AINE y la hiperlipidemia fueron factores de riesgo sólidamente vinculados con la hemorragia por divertículos. El estudio demostró también que la ingestión de AINE es un factor de riesgo de recidiva de hemorragia (OR, 10.22; IC 95%, 1.6-64.4). Estos hallazgos no se observaron con dosis bajas de ácido acetilsalicílico.⁹ Strate, por su parte, analizó en una gran cohorte de población de Estados Unidos (47 210 hombres con riesgo cardiovascular) la función del consumo crónico del ácido acetilsalicílico y AINE como factor de riesgo de hemorragia y diverticulitis; después de 20 años de seguimiento, esta investigadora concluyó que la ingestión crónica y regular de estos fármacos es un factor de riesgo

para el desarrollo de hemorragia diverticular y que el uso de AINE se relaciona con mayor riesgo de desarrollar diverticulitis (OR, 1.36; IC 95%, 1.04-1.79).¹⁰

Tomomatsu informó en su trabajo realizado en 573 pacientes con hemorragia del tubo digestivo bajo, 60 de ellas secundarias a enfermedad diverticular, que la administración de dosis bajas de ácido acetilsalicílico fue un factor de riesgo asociado para el desarrollo de hemorragia y recidiva de ésta, pero no se correlacionó con la presencia de hemorragia grave.¹¹

Dumitru y colaboradores condujeron un protocolo para valorar la utilidad diagnóstica de la calprotectina fecal (CF) en individuos con enfermedad diverticular complicada ($n = 12$) tras comparar los resultados con pacientes que sufrían enfermedad diverticular no complicada ($n = 45$) y controles sanos ($n = 25$). Los niveles de CF se cuantificaron mediante una prueba semicuantitativa y compararon con el grado de inflamación determinado por la intensidad del infiltrado de linfocitos. Los resultados obtenidos permitieron observar un incremento significativo de la CF en comparación con los sujetos sanos y la enfermedad diverticular no complicada ($p < 0.05$), lo que podría ser de utilidad como marcador para diferenciar la enfermedad complicada y en el seguimiento posterior al tratamiento.¹²

En cuanto al tratamiento, Curlo y su grupo de trabajo presentaron los resultados de largo plazo en los que suministraron ciclos de mesalazina (800 mg dos veces al día durante 10 días de cada mes) en personas con enfermedad diverticular no complicada para reducir el riesgo de diverticulitis aguda. Los pacientes se observaron en clínica una vez al año en un seguimiento de cinco años: 67 pacientes con enfermedad diverticular no complicada se incluyeron en el grupo de tratamiento y 82 en el grupo control. Se logró el seguimiento de 52 sujetos en el grupo de tratamiento y se identificó que sólo dos presentaron un episodio de diverticulitis. En el grupo control se logró el seguimiento de 75 pacientes, de los cuales ocho tuvieron por lo menos un episodio agudo de diverticulitis y cuatro tuvieron incluso que someterse a resección colónica por enfermedad complicada. Los resultados parecen destacar la utilidad de este esquema para reducir el riesgo de enfermedad diverticular aguda.¹³

Bianchi y colaboradores presentan un meta-análisis para determinar la efectividad de los antibióticos de pobre absorción como la rifaximina para el alivio de los síntomas y la prevención de las complicaciones en personas con enfermedad diverticular no complicada. Se analizaron seis estudios aleatorizados y controlados y se incluyeron cuatro con 1660 pacientes. Se consideraron el número de individuos a tratar y la diferencia de riesgos al intervalo de confianza de 95% para medir el efecto terapéutico. La calidad de los estudios se determinó con la escala de Jhadad y los incluidos obtuvieron una calificación de tres. En todos los pacientes de estudio se administró dieta con fibra y rifaximina como antibiótico de bajo grado de absorción. El grupo control se manejó sólo con dieta. El seguimiento fue de 12 a 24 meses. El meta-análisis concluyó que los pacientes tratados con ciclos de rifaximina a largo plazo mostraron una disminución de los síntomas a un año de valoración y redujeron el riesgo de complicación de enfermedad diverticular aguda. Sin embargo, el costo para evitar una complicación fue elevado, con un número de individuos a tratar de 50, por lo que debe considerarse su uso en un análisis de costo-beneficio.¹⁴

Por último, Usai y su grupo de trabajo presentaron un estudio para cuantificar el efecto de la apendicectomía en personas con enfermedad diverticular, con y sin complicación. Estos especialistas determinaron que la apendicectomía electiva no tiene un efecto sobre la enfermedad diverticular, a diferencia de la apendicectomía practicada en forma urgente que sí tiene un incremento del riesgo de desarrollar diverticulitis. Se incluyó a 207 pacientes con enfermedad diverticular, pero no se estableció en el estudio cuántos tuvieron antecedentes de apendicectomía, urgente o electiva. No existe información en las publicaciones que defina el papel de la apendicitis aguda y la apendicectomía secundaria como modificadores del curso clínico de la enfermedad diverticular, por lo que sus resultados deben validarse en otros estudios.¹⁵

Referencias

1. Parks TG. Natural history of diverticular disease of the colon. A review of 521 cases. *BMJ* 1969;4:639-42.
2. Stollman NH, Raskin JB. Diagnosis and management of diverticular disease of the colon in adults. *Am J Gastroenterol* 1999;94:3010-21.
3. Painter NS, Burkitt DP. Diverticular disease of the colon. A 20th century problem. *Clin Gastroenterol* 1975;4:3-21.
4. Anderson DN, Driver CP, Davidson AI, Keenan RA. Diverticular disease in patients under 50 years of age. *JR Coll Surg Edinb* 1997;42:102-4.

5. Nair P, Mayberry JF. Vegetarianism, dietary fiber and gastrointestinal disease. *Dig Dis*1994;12:17-85.
6. Young-Fadok TM, Roberts PL, Spencer MP, Wolff BG. Colonic diverticular disease. *Curr Prob Surg* 2000;37:459-514.
7. Le Clercq C, Rondagh E. Is diverticular disease in younger patients associated with increased risk for colorectal neoplasia? A cross-sectional study. *Gastroenterology* 2010;138(suppl 1):M1198.
8. Strate L, Parasa S, Arnold A, et al. Cardiovascular risk factors and diverticular bleeding. *Gastroenterology* 2010;138(suppl 1):S1530.
9. Tsuruoka N, Tominaga N, Shirahama N, et al. NSAIDs accelerated a risk of colonic diverticular hemorrhage: a case control study. *Gastroenterology* 2010;138(suppl 1):T1048.
10. Strate L, Liu Y, Huang E, et al. Aspirin and nonsteroidal anti-inflammatory drugs and the risk of diverticular complications. *Gastroenterology* 2010;138(suppl 1):W1007.
11. Tomomatsu Y, Yoshino J, Inui K, et al. Does low-dosis aspirin mainly cause colonic diverticular bleeding and bring serious illness? *Gastroenterology* 2010;138(suppl 1):W1501.
12. Dumitru E, Alexandrescu La, Suceveanu A, et al. Fecal calprotectin in diagnosis of complicated colonic diverticular disease. *Gastroenterology* 2010;138(suppl 1):M1255.
13. Curlo M, Gatta L, Soriani P, et al. Effect of cyclically long term treatment with mesalazine in patients with symptomatic uncomplicated diverticular disease (SUDD): a 5 years follow-up study. *Gastroenterology* 2010;138(suppl 1):M1260.
14. Bianchi M, Festa V, Ciaco A, et al. Rifaximin reduces symptoms and complications in patients with symptomatic diverticular disease (SDD). A meta-analysis. *Gastroenterology* 2010;138(suppl 1):M1257.
15. Usai P, Ibbai I, Lai MA, et al. **Effect of appendectomy on clinical course of diverticulosis.** *Gastroenterology* 2010;138(suppl 1):M1258.