

Manejo actual de la enfermedad diverticular

Seminario de Actualización en Gastroenterología - 19 de noviembre de 2021

Ponente: *Dr. Del Toro-Ortiz Víctor Edgardo*

Redactó: *Quintana-Gutierrez Carla Dennis*

El tratamiento de la enfermedad diverticular dependerá de la presentación de la misma. En la **figura 1** se muestra la clasificación de esta patología. Una vez confirmada la existencia de divertículos se debe indagar sobre la presencia o ausencia de sintomatología, ya que con base en esto se clasifica la entidad. Lo más frecuente es que se presente una enfermedad diverticular sintomática no complicada hasta en un 75 % de los casos. En contraste, la enfermedad diverticular complicada es menos frecuente (25 % de los casos).

El aumento de la presión intracolónica genera una protrusión de la mucosa, lo que resulta en la formación de divertículos. En ocasiones, se pueden formar pseudodivertículos, los cuales no tienen todas las capas encontradas a nivel intestinal.

La diverticulosis es la presentación más frecuente de la enfermedad diverticular y suele ser un hallazgo incidental al realizar un estudio endoscópico o de imagen abdominal. La exploración física y exámenes de laboratorio suelen ser normales.

La enfermedad diverticular sintomática no complicada suele manifestarse con dolor y distensión abdominal; cuando no hay otra causa que justifique o aclare estos síntomas, se asocian a los divertículos y se puede ofrecer un tratamiento sintomático. Las manifestaciones clínicas suelen ser indistinguibles del síndrome de intestino irritable y tienen una sobreposición entre un 10 a 66 %; sin embargo, hay datos claves que nos permiten distinguir ambas patologías.

Normalmente, la enfermedad diverticular sintomática no complicada suele afectar a hombres mayores de 60 años; el dolor es de tipo somático y localizado, con remisiones prolongadas. En cambio, el síndrome de intestino irritable suele tener un pico de presentación en mujeres de 20 a 40 años, el dolor que presentan es de tipo visceral y difuso, con frecuentes recaídas.

En la diverticulitis aguda es común que la causa subyacente sea la perforación micro o macroscópica de un divertículo.

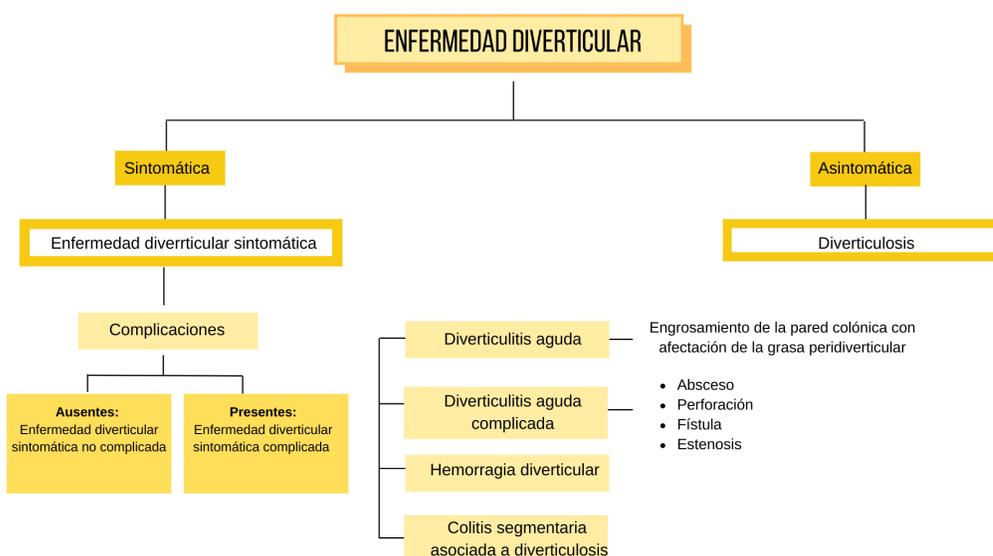


Figura 1. Clasificación de la enfermedad diverticular.
(Autor: Carla Quintana Gutierrez)



INFORMES DE CONFERENCIA

Ocurre una erosión de la pared diverticular, con el consiguiente aumento de la presión intraluminal del divertículo, lo que provoca un proceso inflamatorio, que a su vez, produce una disminución del flujo linfático, venoso y arterial, facilitando el proceso de necrosis focal y la posterior perforación. El cuadro clínico comúnmente se presenta en adultos mayores con dolor abdominal en el cuadrante inferior izquierdo e hipersensibilidad de la zona afectada, sin vómitos. Otros datos que pueden estar presentes son la anorexia o los síntomas urinarios, ocasionados por una cistitis simpática, en relación al mismo proceso inflamatorio del colon adyacente a la vejiga.

En la **figura 2** se muestra un resumen de los estudios de gabinete útiles para el diagnóstico de esta enfermedad.

La diverticulitis aguda complicada puede manifestarse como un absceso, fístula, perforación u obstrucción. La hemorragia diverticular también es una complicación; sin embargo, es un tema que debe tratarse individualmente. Suele tener una presentación abrupta de gran volumen e indolora, afectando principalmente a mayores de 60 años.

ESTUDIO DE GABINETE	HALLAZGOS QUE ORIENTAN A UNA DIVERTICULOSIS AGUDA	OTROS DATOS
TAC de abdomen multiforme	<ul style="list-style-type: none"> Engrosamiento de la pared intestinal Aumento de la densidad de los tejidos blandos dentro de la grasa pericolónica Presencia de divertículos 	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilidad 97% Especificidad 98% En base a este estudio se va a clasificar a lo pacientes utilizando la escala de Hinchey
Ultrasonido abdominal	<ul style="list-style-type: none"> Reacción inflamatoria diverticular hiperecoica Formación de abscesos murales y peridiverticulares (con o sin burbujas de gas) Engrosamiento de la pared intestinal >4 mm en el punto de máxima sensibilidad Presencia de divertículos en los segmentos circundantes 	Se realiza cuando no está disponible la TAC
Resonancia magnética	<ul style="list-style-type: none"> Engrosamiento de la pared del colon Presencia de divertículos Exudados Edema pericolónico 	<ul style="list-style-type: none"> Se usa cuando no se cuenta con TAC o cuando está contraindicada por el medio de contraste Hallazgos inespecíficos: estenosis de segmento del colon, ascitis, absceso.
Colonoscopia		<ul style="list-style-type: none"> Contraindicada: alto riesgo de perforación Se recomienda realizar después de la resolución de un episodio de diverticulitis complicada (4-8 semanas), con el fin de corroborar que se trata de divertículos, y no de un proceso neoplásico.

Es importante recordar que la enfermedad diverticular se produce por una herniación del divertículo, de manera que los vasos rectos van a estar expuestos, cubiertos únicamente por la mucosa; al agregar traumatismos recurrentes se producirá un engrosamiento de la capa íntima, haciendo que el vaso se vuelva cada vez más delgado, provocando una ruptura y, consecuentemente, hemorragia. En pacientes estables, se recomienda realizar una colonoscopia dentro de las primeras 24 horas; mientras que, en los pacientes inestables, debe realizarse una angiografía.

Figura 2. Estudios de gabinete para la diverticulitis aguda (Autor: Carla Quintana Gutierrez)

Los estudios de laboratorio suelen ser normales o pueden exhibir una leucocitosis leve. Debe solicitarse la proteína C reactiva (PCR), misma que indicará, mientras mayores sean sus niveles, la presentación de un proceso más agresivo y de difícil control. Un valor por encima de 50 mg/dl apoya firmemente el diagnóstico y se correlaciona con la gravedad histológica, el riesgo de perforación y la respuesta al tratamiento; mientras que, si el valor supera los 170 mg/dl, se cataloga como una diverticulitis severa. La medición de la calprotectina ayuda a identificar la diverticulitis subclínica.

La colitis segmentaria asociada a diverticulosis es más frecuente en el colon sigmoide. Los cambios endoscópicos e histológicos varían desde inflamación leve a una afección similar a la enfermedad inflamatoria intestinal.



Tratamiento

El cuadro clínico de los pacientes con diverticulosis, es de los más sencillos de tratar, ya que, al no presentarse síntomas, no es requerido algún tipo de tratamiento, salvo vigilancia.

En la enfermedad diverticular sintomática no complicada, el tratamiento de primera línea consiste en una dieta alta en fibra y espasmolíticos, que podrían mejorar los síntomas al disminuir la contracción muscular. La mesalazina también puede utilizarse debido a que mejora los síntomas y si bien, no previene la recurrencia de la diverticulitis, puede prevenir la recurrencia de síntomas al combinarse con probióticos. El antibiótico rifaximina, a dosis de 400 mg cada 12 horas, en ciclos de 7 días al mes durante 1 año, acompañado de fibra, muestra efectividad desde el primer mes, alcanzando un pico máximo de efectividad a los 3 meses.

En la diverticulitis no complicada (Hinchey 0 y 1A), el tratamiento puede ser ambulatorio u hospitalario en ciertos pacientes; el primero se basa en el uso de antibióticos que cubran microorganismos Gram negativos y anaerobios por 7-10 días (se sugiere revaloración del esquema inicial de tratamiento a los 2-3 días después de haber iniciado). Se deben solicitar estudios de imagen en caso de que el paciente no mejore o empeore. Aquellos pacientes en los que no haya mejoría y tengan falla terapéutica, así como datos de sepsis, choque séptico, abdomen agudo, sean mayores de 70 años con comorbilidades, presenten intolerancia a la vía oral y no tengan una adecuada red de apoyo, se deben hospitalizar. El tratamiento ambulatorio con medidas iniciales consiste en dieta líquida hasta revaloración, dieta blanda o regular. Posteriormente, el esquema de antibióticos puede incluir ciprofloxacina más metronidazol, levofloxacina más metronidazol, trimetropin-sulfametoxazol más metronidazol, amoxicilina-clavulanato o moxifloxacino. Los pacientes que podrían tomarse en cuenta para recibir tratamiento ambulatorio sin antibiótico serán aquellos que tengan el diagnóstico de diverticulitis detectada mediante una TAC, que no presenten datos de severidad o alteraciones

neurológicas, que no estén inmunosuprimidos, que no tengan una PCR mayor a 170 mg/dl, en ausencia de comorbilidades o que presenten un contexto social favorable.

Para considerar el tratamiento quirúrgico se debe tomar en cuenta la decisión del paciente, así como datos de persistencia de los síntomas, deterioro de la calidad de vida y/o ausentismo laboral. Existen tres grupos de pacientes en los que se recomienda la cirugía después del primer episodio: pacientes inmunocomprometidos, trasplantados o en protocolo de trasplante.

En pacientes que presentan diverticulitis con clasificación Hinchey IB y II, el manejo inicial comprende ayuno y soporte hídrico adecuado. Los antibióticos deben ser de amplio espectro, cubrir microorganismos Gram negativos y anaerobios, ya sea en monoterapia (ertapenem piperacilina-tazobactam) o en combinación (cefalosporina de tercera generación con metronidazol).

Cuando hay un absceso menor a 2 cm, el tratamiento inicial es con antibióticos, mientras que en abscesos mayores a 2 cm se utilizan antibióticos acompañados de un drenaje percutáneo, con éxito del 80 %. Cuando el drenaje es fallido o el área afectada no es accesible por drenaje percutáneo, se debe hacer un drenaje laparoscópico. Si el paciente persiste con síntomas después del tratamiento se debe llevar a cabo una cirugía para la resección del área afectada.

En la diverticulitis con clasificación Hinchey III y IV, si se corrobora la perforación con un estudio de imagen, es necesario realizar cirugía de urgencia. Hay dos procesos quirúrgicos que se pueden realizar: la resección de Hartmann con estoma de protección o resección con colorecteoanastomosis (actualmente esta es la más utilizada).

El tratamiento de las fístulas se realiza en dos tiempos: inicial con antibióticos y definitivo a través de cirugía.

Ante la presencia de obstrucción intestinal se debe realizar la resección del segmento afectado y descartar la presencia de cáncer.



En pacientes estables con hemorragia diverticular se realiza colonoscopia, se identifica el sitio de sangrado y se da tratamiento para detenerlo. Si no se identifican divertículos, es necesario buscar otra causa del sangrado; si están presentes, pero no se confirma sangrado reciente, se pueden hacer dos cosas: suspender la toma de AINES y vigilar el sangrado. Si vuelve a presentar sangrado, se debe llevar a cabo una gammagrafía con eritrocitos marcados; ante un resultado positivo, debe realizarse una angiografía y solicitar interconsulta con cirugía; se hacen transfusiones sanguíneas en caso de ser necesario y, si el sangrado persiste, está indicado realizar una colectomía subtotal.

En pacientes inestables, se proporciona terapia de resucitación en caso de ser necesario. Las coagulopatías deberán ser tratadas en caso de que el paciente las presente. Es posible descartar de manera rápida la presencia de sangrado de tubo digestivo alto por medio de una sonda nasogástrica o con endoscopia. Si el paciente continúa inestable y con sangrado activo, se procede a realizar una angiografía urgente e interconsulta con cirugía. En caso de que en la angiografía se detecte el sitio de sangrado, puede llevarse a cabo una embolización superselectiva. Una vez controlado el sangrado, se discontinuará la administración de AINEs y se vigilará el resangrado; pero si el sangrado continúa, deben brindarse cuidados de soporte y transfusiones sanguíneas. Ante sangrado abundante que requiera transfusión masiva, se hará una colectomía segmentaria. Siempre se debe identificar el área de sangrado antes de indicar cualquier proceso quirúrgico.

A través de la colonoscopia se puede inyectar adrenalina, aplicar bandas y colocar endoclips. Actualmente, la angiografía se está posicionando como el tratamiento no quirúrgico de elección cuando el control endoscópico no es posible. Su principal ventaja es que permite identificar el sitio exacto de sangrado. Su tasa de eficacia es del 67-100 %.

Por otro lado, la cirugía generalmente se evita. Sus indicaciones incluyen transfusión masiva, hemorragia recurrente, continua o refractaria, e inestabilidad hemodinámica.

En cuanto a la colitis segmentaria asociada a diverticulosis, el tratamiento inicial es con ciprofloxacino (500 mg VO cada 12 horas) más metronidazol (500 mg cada 8-12 horas) durante 10 a 14 días, acompañado de mesalamina (800 mg cada 8 horas). Si la respuesta a la mesalamina es parcial en 2-4 semanas, se debe incrementar la dosis a 1600 mg cada 8 horas. También se incluye prednisona 40 mg al día durante una semana y después iniciar destete durante 6 semanas.

Conclusión

Es de suma importancia identificar la presentación de la enfermedad diverticular, ya que el tratamiento depende de la clasificación de dicha entidad, así como de los hallazgos encontrados en los estudios de laboratorio y gabinete, y en la presentación clínica específica de cada paciente.

