

Factores de riesgo asociados y sintomatología más común en la diverticulitis aguda complicada

Associated risk factors and the commonest symptomatology in complicated acute diverticulitis

Dr. Jesús Alberto Bahena-Aponte, Dr. Rodrigo Dávila Díaz, Dr. Víctor Visag Castillo,
Dr. Rafael Avendaño, Dr. José Mancera Andrade, Dr. José Manuel Correa Rovelo

Resumen.

Objetivo: Conocer los factores de riesgo y sintomatología acompañante más comunes para el desarrollo de diverticulitis aguda complicada en una muestra de población mexicana.

Sede: Hospital y Fundación Clínica Médica Sur, tercer nivel de atención.

Diseño: Descriptivo, retrospectivo, transversal, serie de casos.

Análisis estadístico: Medidas de tendencia central, porcentajes como medida de resumen para variables cualitativas.

Material y métodos: Se estudiaron todos los pacientes con diagnóstico de diverticulitis aguda complicada, durante el periodo comprendido entre 2000-2004. Variables analizadas: edad, género, dieta baja en fibra, sedentarismo, estreñimiento crónico, cuadros diarreicos y la frecuencia de los mismos, índice de masa corporal, dolor abdominal, fiebre y sangrado de tubo digestivo.

Resultados: Se estudiaron 187 casos. El 59.35% fueron hombres y el 40.65% mujeres. El rango de edad fue entre la quinta y sexta década de la vida. El síntoma principal fue dolor abdominal en el 87.70%, seguido de fiebre 28.34%. Dentro de los principales factores de riesgo destacó el sedentarismo (77 %) y una dieta baja en fibra (34.22%).

Conclusiones: Se debe sospechar el diagnóstico de diverticulitis aguda complicada entre las personas que se encuentran entre la quinta y sexta década de la vida, con dolor abdominal, fiebre y antecedentes de vida sedentaria y dieta baja en fibra.

Abstract

Objective: To know the risk factors and the commonest accompanying symptomatology for the development of complicated acute diverticulitis in a sample of Mexican population.

Site: Médica Sur Clinical Hospital and Foundation, third level of attention.

Design: Descriptive, retrospective, and transversal study, a series of cases.

Statistical analysis: Central-tendency measurements, percentages as a review measurement for qualitative variables.

Material and methods: Every patient having been diagnosed with complicated acute diverticulitis was studied during the period going from the years 2000 to 2004. Analyzed variables: age, gender, diet low in fiber, sedentary habits, diarrhea cases and their frequency, body mass index (BMI), abdominal pain, fever and digestive tract bleeding.

Results: 187 cases were studied. The 59.35% of them were men, and the 40.65% were women. The age ranged between 50 and 60 years old. The main symptom was abdominal pain in the 87.70% of the cases, followed by fever in the 28.34% of them. Within the main risk factors, sedentary habits were outlined (77%) and a low fiber diet (34.22%).

Conclusions: The diagnosis of complicated acute diverticulitis must be suspected among people being between 50 and 60 years old. And presenting abdominal pain, fever, and a background of sedentary life and a diet low in fiber.

www.medigraphic.com

Cirugía General, Hospital y Fundación Clínica Médica Sur

Recibido para publicación: 5 agosto 2008

Aceptado para publicación: 3 octubre 2008

Correspondencia: Dr. Jesús Alberto Bahena-Aponte. Puente de Piedra Núm. 150. Consultorio 610 Torre II Col. Toriello Guerra Tlalpan 14050 México, D.F.

Tel. 54247200 Ext. 3200

E-mail jesusbahena10@hotmail.com

Palabras clave: Diverticulitis complicada, factores de riesgo, síntomas frecuentes.

Cir Gen 2008;30:211-214

Introducción

La enfermedad diverticular (ED) del colon fue descrita por primera vez en un libro de texto en 1920,¹ es relativamente común especialmente en personas de edad avanzada aunque cada día se observa en gente más joven y con un cuadro clínico más severo,^{2,3} se reporta una incidencia cada vez mayor a nivel mundial siendo común en países desarrollados en comparación con los países en vías de desarrollo, aunque debería considerarse en estos últimos la posibilidad de que los datos estadísticos no sean tan fidedignos debido a deficiencias en la metodología de sus registros; sin embargo, para ambos representa importantes repercusiones socioeconómicas en sus sistemas de salud. De acuerdo con un reporte de la Asociación Americana de Gastroenterología, la ED ocupa el quinto lugar dentro de las patologías con mayores costos directos e indirectos en los Estados Unidos de Norteamérica, asociada a un rango de mortalidad de 2.5 por cada 100,000 por año.⁴

La ED se define como la protrusión de la mucosa y la submucosa a través de la capa muscular de éste a nivel de los sitios de menor resistencia, como la llegada de los vasos nutricios.

La etiología aún no está completamente esclarecida, sin embargo se considera que los divertículos se desarrollan como resultado de un incremento en la presión intraluminal o una mala distribución de la misma dentro del colon. La presión alta ejercida contra las paredes del colon hace que las bolsas del revestimiento intestinal protruyan hacia afuera a través de pequeños defectos en dichas paredes,³ así mismo existe una compleja interacción entre las estructuras del colon, la motilidad intestinal, la dieta y quizás algunos factores genéticos.⁵

Respecto a la dieta, existe evidencia de que la incidencia es mayor en aquellas personas con dietas pobres en fibra y menor entre los vegetarianos.³

Se ha observado un aumento de la frecuencia de ED complicada en pacientes que fuman, que reciben AINEs y acetaminofeno (especialmente paracetamol), así como entre las personas obesas.⁶ Sin embargo, no se ha documentado una mayor frecuencia de la ED complicada en los pacientes que beben alcohol o bebidas cafeinadas.

La presencia de divertículos se localiza inicialmente en el colon sigmoideo hasta en un 95%. Esta condición puede ser asintomática (diverticulosis). El término diverticulitis hace referencia a la inflamación de la mucosa intestinal y va desde una inflamación local subclínica hasta una peritonitis generalizada con perforación libre hacia la cavidad abdominal.⁷

Las manifestaciones clínicas de las complicaciones dependen de algunos factores como lo son: el tamaño de la perforación, el grado de contaminación y la respuesta inflamatoria del huésped frente a la infección.^{8,9}

Key words: Complicated diverticulitis, risk factors, and frequent symptoms.

Cir Gen 2008;30:211-214

En la diverticulitis aguda complicada el principal síntoma es dolor en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen (con una frecuencia de 93- 100%) seguido de fiebre (57-100%), leucocitosis (69-83%) pudiendo llegar a palparse una masa en el hemiabdomen izquierdo durante la exploración abdominal.^{2,10}

La diverticulitis complicada es considerada básicamente un trastorno predominantemente extraluminal; este concepto le confiere características especiales ya que debe de ser vista como una urgencia potencialmente quirúrgica. La colo-TAC ofrece el beneficio de evaluar tanto el intestino como el mesenterio con una sensibilidad de 69-98% y una especificidad de 75-100%. Los hallazgos más comúnmente observados a través de este estudio en la diverticulitis aguda complicada son: a) Engrosamiento de la pared intestinal, b) Pérdida de la grasa pericolónica, c) Edema, d) Contenido líquido pericolónico, e) Aire fuera de la luz intestinal, f) Abscesos asociados.¹¹

El objetivo del presente trabajo fue conocer los principales factores de riesgo para el desarrollo de la diverticulitis aguda complicada, así como la sintomatología más común en los pacientes que acudieron al Hospital y Fundación Clínica Médica Sur.

Material y métodos

Realizamos un estudio observacional, retrospectivo, transversal tipo serie de casos, que consistió en revisión de expedientes de los pacientes con diagnóstico de diverticulitis aguda complicada; definida ésta como enfermedad diverticular con presencia de abscesos y/o aire libre pericolónico sugerente de perforación; durante el periodo comprendido de enero del año 2000 a diciembre del año 2004. Estudiamos las variables como edad, sexo, dieta baja en fibra (menos de 20 g/día), sedentarismo (ausencia de actividad física fuerte como el deporte), estreñimiento crónico, índice de masa corporal (IMC) y sintomatología de los pacientes (Dolor abdominal, fiebre, cambios en el hábito intestinal, hemorragia de tubo digestivo).

El diagnóstico de diverticulitis aguda complicada fue definido como la inflamación y/o infección asociado a la presencia de divertículos en el colon, corroborados mediante colo-TAC (**Cuadro I**),¹² laparotomía exploradora cuando no se llegó al diagnóstico previamente y resultado histopatológico.

Los datos fueron analizados por medio de medidas de tendencia central y porcentajes como medida de resumen para variables cualitativas.

Resultados

Durante el periodo estudiado, el cual comprendió de enero de 2000 a diciembre de 2004, se detectaron 187 casos de diverticulitis aguda complicada, de los cua-

Cuadro I.**Clasificación de enfermedad diverticular complicada.**

Hinchey I	Absceso pericolónico < 5 cm
Hinchey II	Absceso a distancia o pericolónico > 5 cm
Hinchey III	Peritonitis purulenta generalizada
Hinchey IV	Peritonitis fecaloide

Cuadro III.**Principales signos y síntomas.**

Signos y síntomas	n (%)
Dolor abdominal	164 (87.7)
Fiebre	53 (28.3)
Diarrea	48 (25.6)
Sangrado de tubo digestivo	30 (16.0)

Cuadro II.**Frecuencia de ED con respecto a los grupos de edad.**

Edad (años)	n (%)
20 – 30	6 (3.2)
31 – 40	21 (11.2)
41 – 50	30 (16.0)
51 – 60	47 (25.1)
61 – 70	45 (24.0)
71 – 80	28 (14.9)
81 – 90	10 (5.3)

les el 59.35% ($n = 111$) fueron hombres y el 40.65% ($n = 76$) mujeres. Los rangos de edad predominantes se encontraron entre la quinta y sexta década de la vida (**Cuadro II**). El principal síntoma en nuestra muestra de estudio fue el dolor abdominal en el 87.70 % ($n = 164$), seguido de fiebre el 28.34% ($n = 53$) (**Cuadro III**). Dentro de los principales factores de riesgo destacó el sedentarismo con el 77% ($n = 144$) y una dieta baja en fibra en el 34.22% ($n = 64$) (**Cuadro IV**). Requirieron tratamiento quirúrgico el 65.2% ($n = 122$), con presencia de sepsis abdominal en el 33.1% ($n = 62$). En estos 62 pacientes se realizó una colostomía, siendo ésta de tipo temporal en el 67.7% ($n = 48$).

El IMC fue entre 25 y 29.9; se observó que los pacientes con mayor peso presentaron estancias intra-hospitalarias más prolongas con una mediana de 14 días vs 9 días en la población sin sobrepeso, así dos casos de infección de sitio quirúrgico entre este grupo de pacientes.

Los dos estudios que se realizaron con mayor frecuencia en estos pacientes en la búsqueda del diagnóstico fue placa simple de abdomen y colo-TAC. Llegándose al diagnóstico con la colo-TAC en el 91.4% ($n = 171$), basados en los hallazgos tomográficos descritos en el **cuadro I**.

Discusión

En la enfermedad diverticular como en muchas otras patologías, un diagnóstico oportuno que logre detectar la enfermedad en sus fases iniciales se traduce en un mejor pronóstico para el paciente, no así en estadios más avanzados cuando ya se encuentran complicaciones, como sepsis abdominal en el 33.1% ($n = 62$) de nuestros pacientes.

Algunos estudios postulan que el crecimiento bacteriano en el intestino delgado puede contribuir con el

Cuadro IV.**Principales factores de riesgo.**

Factores de riesgo	n (%)
Sedentarismo	144 (77.0)
Dieta baja en fibra	123 (65.7)
Estreñimiento	42 (22.4)

desarrollo de la enfermedad diverticular, lo anterior basado en la hipótesis de que el sobrecrecimiento bacteriano a nivel del intestino delgado puede recolonizar al colon provocando un incremento en la estasis fecal, perpetuando de esta forma la inflamación del colon. Aunque aún faltan estudios para poder considerar esta hipótesis como una clara etiología de la ED.

El cuadro clínico que encontramos en nuestra población no difiere en gran medida de lo reportado en la literatura, ubicándose el dolor abdominal como el principal síntoma de esta patología; sin embargo llama la atención que el segundo síntoma más frecuente en nuestra muestra de estudio es la fiebre, la cual sólo estuvo presente en poco menos del 30%, con una muy importante relación con la edad de los pacientes y el estilo de vida. Factores que sin duda al ser considerados durante un interrogatorio dirigido a los pacientes pueden orientar un pronto diagnóstico e iniciar un tratamiento adecuado y oportuno con el menor derroche de recursos.

Sin duda alguna uno de los síntomas pivote para el diagnóstico de la enfermedad diverticular sigue siendo el dolor abdominal, el cual, a pesar de ser un síntoma muy general, puede orientar a un diagnóstico adecuado cuando se presenta con fiebre en una paciente entre la quinta y sexta década de la vida con antecedente de sedentarismo y dieta baja en fibra.

Por otra parte, si esta sospecha clínica se acompaña de estudios de gabinete como la colo TAC, podemos además de hacer el diagnóstico, estatificar la enfermedad y con ello orientar e iniciar el tratamiento más adecuado. Un diagnóstico oportuno puede contribuir a frenar la evolución de la enfermedad, evitando de esta manera llegar a estadios avanzados.

Referencias

- Telling WHM. Discussion on diverticulitis. *Proc R Soc Med* 1920; 13: 55-64.
- Farrel RJ, Farell JJ, Morrin MM. Diverticular disease in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 2001; 30: 475-96.

3. Colecchia A, Sandri L, Capodicasa S, Vestito A, Mazzella G, Staniscia T, et al. Diverticular disease of the colon: New perspectives in symptom development and treatment. *World J Gastroenterol* 2003; 9: 1385-9.
4. Sandler RS, Everhart JE, Donowitz M, Adams E, Cronin K, Goodman C, et al. The burden of selected digestive diseases in the United States. *Gastroenterology* 2002; 122: 1500-11.
5. West AB, NDSG. The pathology of diverticulitis. *J Clin Gastroenterol* 2008; 42: 1137-8.
6. Ko C. The natural history of diverticulitis: implications for elective surgery. *J Gastrointest Surg* 2008; 12: 1312-3.
7. Morris CR, Harvey IM, Stebbings WS, Speakman CT, Kennedy HJ, Hart AR. Epidemiology of perforated colonic diverticular disease. *Postgrad Med J* 2002; 78: 654-8.
8. Simpson J, Scholefield JH, Spiller RC. Pathogenesis of colonic diverticula. *Br J Surg* 2002; 89: 546-54.
9. Parra-Blanco A. Colonic diverticular disease: pathophysiology and clinical picture. *Digestion* 2006; 73 Suppl 1: 47-57.
10. Wong WD, Wexner SD, Lowry A, Vernava A 3rd, Burnsstein M, Denstman F, et al. Practice parameters for the treatment of sigmoid diverticulitis: Supporting documentation. The standards task force. The American Society of Colon and Rectal Surgeons. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 290-7.
11. Jaffer U, Moin T. Perforated sigmoid diverticular disease: a management protocol. *JSL* 2008; 12: 188-93.
12. Baker ME. Imaging and interventional techniques in acute left-sided diverticulitis. *J Gastrointest Surg* 2008; 12: 1314-7.