

Diverticulitis. Cambiando los paradigmas en el tratamiento

Dr. Víctor Hugo Guerrero Guerrero

La diverticulitis no había sido descrita antes del advenimiento de la Revolución Industrial. Las primeras descripciones de la enfermedad corresponden con la aparición del trigo en la dieta; conforme las dietas se volvieron más "industrializadas", aumentaron, en consecuencia, algunas enfermedades, tales como la diabetes mellitus, los síndromes metabólicos y la obesidad, etcétera. Así pues, la diverticulitis se puede incluir en este grupo de enfermedades.

Como sabemos, la fisiopatología está relacionada a las presiones intraluminales, el tránsito colónico lento, la presencia de divertículos, la estasis, el movimiento lento de las heces con bajo contenido en fibra, la obstrucción, la ulceración, la microperforación, la sepsis localizada y la elastosis específica de las tenias por depósito alterado de la colágena.

Lo que sabemos ahora en 2012 es que la diverticulitis sigue siendo rara en países en vías de desarrollo, pero es común en los Estados Unidos y Europa Occidental. Sabemos también que es rara en gente joven y más común en los adultos mayores. Conforme se avanza desde un colon normal con diverticulosis hasta diverticulitis y sus complicaciones, hay un reconocimiento mayor hacia los factores que influyen en la génesis del cuadro; tales como estilos de vida, factores ambientales y desde luego también los genéticos. En las naciones industrializadas se presentan aproximadamente 130,000 hospitalizaciones al año, y la prevalencia se calcula en < 10% en pacientes menores de 40 años y de 70% en pacientes mayores de 80 años.

Entre los estilos de vida y factores ambientales se encuentran: ingesta de fibra, actividad física, obesidad, antiinflamatorios no esteroideos, tabaquismo, variación con las estaciones y edad. Además de reconocerse también un papel importante de la genética en la presentación de la enfermedad.

Painter y Burkitt fueron los primeros en sugerir la relación entre enfermedad diverticular y el consumo de fibra en la dieta en 1971. Propusieron que los países en África y Asia tenían una dieta rica en fibra y, por lo tanto, una baja incidencia en enfermedad diverticular. Sin embargo, existen estudios que no demuestran relación entre una dieta alta en fibra y la diverticulosis asintomática.¹ Dado lo anterior, algunas preguntas frecuentes que los pacientes se hacen: ¿Qué tipo de fibra deberé comer?

¿Si como nueces, semillas o palomitas, estoy en riesgo de desarrollar diverticulitis? Un estudio de seguimiento de los profesionales de la salud publicado en 2008 con 51,500 pacientes seguidos prospectivamente de 1985 a 2004 respecto a su dieta, estilo de vida, historia médica y seguidos con cuestionarios con una media de 90%; concluyó que la ingesta de semillas, nueces o palomitas no incrementa el riesgo de desarrollar diverticulosis o complicaciones diverticulares; de hecho, existe una asociación inversa entre la ingesta de estos alimentos con el desarrollo de complicaciones diverticulares.²

Así pues, ¿qué es lo que se debería comer después de un episodio de diverticulitis? No existe evidencia de que se deba de comer una dieta en especial después de un cuadro de diverticulitis.³ "Comer una dieta rica en fibra es el único requerimiento altamente recomendado en la literatura médica." No hay datos científicos que apoyen eliminar ciertos alimentos.⁴

En el Estudio de Seguimiento de los Profesionales de la Salud de 1995 también se valoró la actividad física con el desarrollo de diverticulitis y se encontró que las personas que realizan actividad física vigorosa tienen 40% menos probabilidades de desarrollar diverticulitis.⁵ Strate en 2009 concluyó que correr fue el único factor independiente asociado con la disminución en la incidencia de diverticulitis.⁶

También el papel de la obesidad ha sido cuestionado ya que una gran masa de grasa visceral actúa como órgano endócrino que puede afectar la función del sistema inmune. En un estudio llevado a cabo por Sorser y asociados se examinaron 708 pacientes y no se encontró asociación entre el índice de masa corporal (IMC) y la severidad de la enfermedad diverticular.⁷ Sin embargo, estudios más pequeños en donde se compara el IMC de pacientes con enfermedad diverticular complicada o diverticulitis recurrente con controles con diverticulosis asintomática, se encontró que los pacientes con diverticulosis asintomática tuvieron menor IMC, sugiriendo una relación entre el IMC y la enfermedad diverticular complicada.⁸

Rosemar en 2007 y Strate en 2009 concluyeron en sus estudios que un IMC >30 aumenta en cuatro veces y en 78%, respectivamente, el riesgo de desarrollar Diverticulitis.⁹ Jeong y asociados, en Korea, realizaron un estudio en donde se demuestra que el aumento en el volumen de grasa visceral comparado con la grasa

subcutánea, correspondió a un aumento en los índices de diverticulitis complicada.¹⁰

Respecto al uso de antiinflamatorios no esteroideos y de corticoides, los estudios realizados por Morris en 2003 y Peikarek en 2009 muestran un aumento en la probabilidad de perforación y complicación de la enfermedad diverticular, siendo el riesgo más alto con el uso de esteroides.¹¹⁻¹³

En cuanto al tabaquismo, el estudio de Hjern con 36,000 mujeres suecas reveló un 25% de probabilidades de ser admitidas en el hospital; en cambio, el de Rosemar, en 2007, con 7,500 hombres suecos demostró un aumento de 60% en la probabilidad de ser admitido al hospital por diverticulitis. El estudio más grande que valora la relación entre el tabaquismo y la diverticulitis es el de Aldoori de 1995 con el estudio de seguimiento de los profesionales de la salud con 48,000 pacientes, cuya conclusión es que no existe relación entre el tabaquismo y la diverticulitis sintomática comparada con controles de ingesta de fibra, de grasa, la edad y la actividad física, de tal manera que la conclusión definitiva sigue en el aire.^{5,14}

¿Qué hay acerca de la edad? Los primeros artículos mencionan la relación entre la edad joven (40-50 años) y la severidad de los cuadros de diverticulitis, esto llevó a la conclusión de que se debería de efectuar la resección en pacientes jóvenes después del primer ataque de diverticulitis debido a que se consideraba más agresivo en este grupo de edad. Desde entonces han surgido nuevos estudios en donde se demuestra que la agresividad es igual para ambos grupos y la tendencia actual es no hacer recomendación quirúrgica basada en la edad del paciente.¹⁵

¿Existe variación estacional? Un estudio en los Estados Unidos observó que existe un pico en admisiones hospitalarias durante el verano en un periodo observacional de 15 años. Este pico de admisiones persiste aun después de compararse en las diferentes regiones del país, edad, raza y sexo. Esto aún es difícil de explicar ya que otras enfermedades siguen este patrón, tales como la fibrilación atrial, el infarto al miocardio y la apendicitis.

¿Cómo debe ser evaluado un paciente con diverticulitis? Existe un número de estudios dependiendo de la propia infraestructura hospitalaria, tales como ultrasonido, colon por enema y tomografía computada (TAC), los cuales son, hoy por hoy, la modalidad estándar de diagnóstico. Existen varias clasificaciones respecto a la TAC, incluyendo la de Ambrosetti, la cual se clasifica en diverticulitis leve y muestra el engrosamiento de la pared >5 mm y la grasa pericólica "sucía" o "deshilachada"; y en diverticulitis complicada, en donde se observa el engrosamiento de la pared (> 5 mm), grasa pericólica "sucía" o "deshilachada" con absceso, aire libre o fuga de material de contraste. Sin embargo, es difícil de correlacionar la clasificación de Ambrosetti con la indicación de cirugía.¹⁶

La clasificación de Hinchey modificada es un sistema de clasificación basado en los hallazgos tomográficos y en los criterios patológicos; el problema con esta clasificación es que la tomografía no puede diferenciar entre la peritonitis purulenta y la peritonitis fecal, y ésta es una limitante.

También se ha hecho énfasis en los predictores de recurrencia, Hall y su grupo encontraron en su estudio

que los abscesos retroperitoneales y un segmento de intestino con afección de más de 5 cm son predictores de recurrencia y concluyen que estos pacientes probablemente sean candidatos a una cirugía resectiva.¹⁷

La valoración posterior a un cuadro de diverticulitis que ha cedido con el tratamiento médico, debe incluir una valoración endoscópica, ya sea sigmoidoscopia flexible o colonoscopia a las seis semanas posteriores al cuadro para disminuir el riesgo de perforación; sin embargo, hay reportes de que se puede realizar una valoración segura a baja presión durante un episodio agudo de la enfermedad.¹⁸ En varios estudios, incluyendo el de Bryan de 2012, en el que valora 307 pacientes; 20% con sigmoidoscopia y 80% con colonoscopia posterior a un cuadro de diverticulitis, encontró que un 6.8 % tenía pólipos hiperplásicos, 8.8 % tuvo adenomas y 3.4% lesiones neoplásicas avanzadas y dos pacientes tuvieron carcinomas. Lau y asociados encontraron en 319 pacientes; 26% con pólipos y 2.8% con cánceres colorrectales. Sugieren que podemos usar algunos hallazgos de la TAC tales como: perforaciones locales y abscesos o fístulas para sospechar que el paciente pudiera tener un cáncer colorrectal.

En resumen, la ingesta de fibra y la actividad física tienen una asociación inversa con la aparición de enfermedad diverticular, mientras que la obesidad, el tabaquismo y el uso de drogas antiinflamatorias no esteroideas están positivamente asociadas con la incidencia de enfermedad diverticular y la edad con la variación estacional permanecen en el aire como factores que influyan en la incidencia de enfermedad diverticular.

En términos de la valoración, la TAC es la modalidad de imagen dominante en la diverticulitis. La evaluación endoscópica tiene su papel en la valoración de los pacientes después de un cuadro de diverticulitis y deberá hacerse cuando menos seis semanas después, y considerando la historia familiar y endoscópica.

Referencias

1. Strate LL. Life Style factors and the course of diverticular disease. *Dig Dis* 2012; 30: 35-45.
2. Strate LL. Nut, corn, and popcorn consumption and the incidence of diverticular disease. *JAMA* 2008; 300: 907-914.
3. Sherry T. Low-Residue diet in diverticular disease: Putting and end to a myth. *Nutr Clin Pract* 2011; 26: 137-142.
4. Marcason. What is the latest research regarding the avoidance of nuts, seeds, corn and popcorn in diverticular disease? *J Am Diet Assoc* 2008; 1956.
5. Aldoori WH. Prospective study of physical activity and the risk of symptomatic diverticular disease in men. *Ann Epidemiol* 1995; 5: 221-228.
6. Strate LL. Physical activity decreases diverticular complications. *Am J Gastroenterol* 2009; 104: 1221-1230.
7. Sorser SA. Obesity and complicated diverticular disease: Is there an association? *Southern Med J* 2009; 102: 350-353.
8. Dobbins C. The relationship of obesity to the complications of diverticular disease. *Colorectal Dis* 2005; 8: 37-40.
9. Rosemar A. Body mass index and diverticular disease: a 28 year follow-up study in men. *Dis Colon Rectum* 2008; 51: 450-455.
10. Jeong, et al. Correlation between complicated diverticulitis and visceral fat. *J Korean Med Sci* 2001; 26: 1339-1343.

11. Laine L. Systematic review: the lower gastrointestinal adverse effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 24: 751-767.
12. Morris CR. Anti-inflammatory drugs, analgesics and the risk of perforated colonic diverticular disease. *Br J Surg* 2003; 90: 1267-1272.
13. Peikarek K. Perforated colonic diverticular disease: the importance of NSAIDs, opioids, corticosteroids, and calcium channel blockers. *Int J Colorectal Dis* 2008; 23: 1193-1197.
14. Hjern F. Smoking and the risk of diverticular disease in women. *Br J Surg* 2011; 98: 997-1002.
15. Hall J. New paradigms in the management of diverticular disease. *Curr Probl Surg* 2010; 47: 680-735.
16. Ambrosetti P. Acute diverticulitis of the left colon: diagnostic and therapeutic approach. *Rev Med Suisse Romande* 1993; 113: 549-552.
17. Hall J. Long-term follow-up after an initial episode of diverticulitis: what are the predictors of recurrence? *Dis Colon Rectum* 2011; 54: 283-288.
18. Sakhnini E. Early colonoscopy in patients with acute diverticulitis: results of a prospective pilot study. *Endoscopy* 2004; 36: 504-507.