

Médica Sur

Volumen 9
Volume 9

Número 4
Number 4

Octubre-Diciembre 2002
October-December 2002

Artículo:

Diverticulitis en paciente joven

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Médica Sur Sociedad de Médicos, AC.

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



medigraphic.com

Diverticulitis en paciente joven

Dr. Norberto Carlos Chávez-Tapia,* Dr. Javier Lizardi-Cervera**

Resumen

La diverticulitis aguda es una complicación de la enfermedad diverticular del colon que se observa con mayor frecuencia en adultos mayores, aunque su incidencia en pacientes menores de 50 años de edad es variable, múltiples estudios han mostrado su alta virulencia, siendo común observar la necesidad de realizar cirugía de urgencia, por lo que se ha recomendado que a los pacientes menores de 50 años de edad en los que se documenta un cuadro de diverticulitis aguda no complicada deben ser sometidos a cirugía electiva. Recientemente estudios prospectivos a 5 años han mostrado modificaciones a esta recomendación, los datos de estos estudios muestran que la cirugía electiva es útil en pacientes con diverticulitis severa e incluso demuestran que la morbilidad y mortalidad es igual a la observada en los pacientes mayores de 50 años, por lo que no se justifica la realización de cirugía electiva, debido a que los datos obtenidos son confusos es necesaria la realización de estudios prospectivos con muestras que den mayor soporte estadístico, para poder definir si se debe realizar cirugía electiva en este tipo de pacientes.

Palabras clave: Diverticulitis, enfermedad diverticular del colon.

Introducción

La enfermedad diverticular del colon es una patología muy común en los países desarrollados y su prevalencia se incrementa con la edad.¹ La forma adquirida de esta enfermedad es extremadamente común en la sociedad occidental afectando aproximadamente del 5 al 10 por ciento de la población mayor de 45 años y al menos 80 por ciento de aquellos mayores de 85 años.² La diverticulitis aguda es una complicación de la enfermedad diverticular del colon que requiere cirugía en 25 a 55 por ciento de los pacientes mayores de 85 años de edad, debido por lo general a peritonitis difusa o generalizada.³ Las complicaciones agudas de la enfermedad diverticular son relativamente comunes y son por lo tanto la causa más común de admisión hospitalaria. Existe un consenso definido en torno al manejo quirúrgico de estas complicaciones, pero el caso del paciente joven (menor de 50 años de edad) requiere de un abordaje terapéutico especial, teniendo en consideración los múltiples reportes que indican una mayor virulencia de la diverticulitis.

Abstract

Acute diverticulitis it is a complication of colon diverticular disease, which it is observed frequently in older patients, the incidence in patients under 50 years old is variable, several studies have shown a high virulence, been necessary emergency surgical treatment, by this there is the recommendation that patients younger 50 years in which has been documented acute diverticulitis are candidates to elective surgery. Recently prospective studies have shown modifications to this recommendation, the data available indicate that elective surgery is useful in patients with severe acute diverticulitis, and this data indicate that morbidity and mortality it is similar to observed in older patients, and the elective surgery don not be justified, due confusing data it is necessary prospective studies to determine if elective surgery it is useful or not.

Key words: Diverticulitis, colon diverticular disease.

Generalidades

El término diverticulosis se refiere a la presencia de divertículos en el colon, sin inflamación asociada. Por diverticulitis se refiere a la infección o inflamación de los mismos.⁴ El esquema de clasificación propuesto por Hinchey en 1978 ha mostrado ser de gran utilidad en las complicaciones inflamatorias de la enfermedad diverticular del colon² (*Cuadro I*).

La diverticulitis resulta de la inflamación y subseciente perforación de un divertículo colónico. La perforación puede condicionar un flemón, la formación de un absceso (local o a distancia), o peritonitis purulenta o difusa fecal. La diverticulitis no complicada se refiere a la diverticulitis con peridiverticulitis o la presencia de un flemón. La diverticulitis complicada se refiere a la obstrucción asociada, perforación libre, fistula o absceso.⁴

Durante la evaluación inicial del paciente en que se sospecha de diverticulitis se observan diferentes signos y síntomas: dolor en cuadrante inferior izquierdo (93-100 por ciento), fiebre (57-100 por ciento), y leucocitosis (69-83 por ciento), náusea, vómito, constipación, diarrea, disuria y urgencia urinaria.⁴

El diagnóstico diferencial de la enfermedad diverticular aguda es muy amplio, siendo apendicitis aguda

* Departamento de Medicina Interna.

** Subdirección Académica.

Fundación Clínica Médica Sur, México, D.F.

el error diagnóstico más común. Otras condiciones incluyen enfermedad de Crohn, neoplasias colónicas, colitis isquémica o pseudomembranosa, enfermedad péptica ulcerosa y patología ginecológica¹ (*Cuadro II*).

Si el cuadro clínico es claro, se ha sugerido que no se deben realizar otras pruebas para llegar al diagnóstico y el diagnóstico se debe realizar en criterios clínicos. En casos en que existe duda diagnóstica, otras pruebas deben ser realizadas, como puede ser: enema acuoso soluble contrastado, enema con bario, tomografía computada (TC) y ultrasonido. Dado el riesgo de extravasación del bario en el paciente con diverticulitis se debe evitar su realización en pacientes en los que se sospecha diverticulitis aguda y signos peritoneales localizados. Así, el enema de bario sólo debe realizarse después de que la inflamación local se ha resuelto. Los criterios para el diagnóstico de diverticulitis en el enema baritado incluyen: extravasación del bario, disminución del diámetro en el lumen intestinal, adelgazamiento de la mucosa y efecto de masa. El enema acuoso soluble contrastado ha sido usado con seguridad en pacientes con diverticulitis aguda. Los criterios para el diagnóstico incluyen: divertículos, efecto de masa, masa intramural, trayecto sinusoidal y extravasación del contraste. El ultrasonido ha sido sugerido como una herramienta diagnóstica altamente disponible y no invasiva para el diagnóstico de la diverticulitis, siendo criterios diagnósticos los siguientes: adelgazamiento de la mucosa, presencia de abscesos, e hiperecogenicidad rígida en el colon debido a inflamación. La

TC ha tomado gran auge como estudio inicial de imagen en pacientes en los que se sospecha diverticulitis, los criterios diagnósticos incluyen: adelgazamiento de la pared colónica, infiltración de la grasa pericólica o abscesos distantes y aire extraluminal. La combinación de la TC y el enema contrastado puede ser necesario para realizar el diagnóstico en hasta el 18 por ciento de los pacientes, la TC no es útil para diferenciar cáncer de un divertículo y debe ser complementado con el enema evacuante o endoscopia. La endoscopia debe ser evitada en el contexto de la diverticulitis aguda debido al riesgo de perforación colónica ya sea por la instrumentación o por la excesiva insuflación de aire. En situaciones en donde el diagnóstico no es claro la proctoscopia con insuflación mínima puede ser realizada para excluir otros diagnósticos. Existen pocas indicaciones para el uso de leucocitos marcados, pero los datos actuales son insuficientes para emitir cualquier recomendación.⁴

En los pacientes en los que se tiene una alta sospecha de diverticulitis el tratamiento empírico puede ser iniciado, para aquellos pacientes con su primer episodio, que toleran la vía oral, y presentan un adecuado soporte familiar, pueden ser tratados de forma ambulatoria, con una dieta líquida y uso de antibióticos de amplio espectro por 7 a 10 días que tengan cobertura con anaerobios en especial contra *E. coli* y *B. fragilis*, por ejemplo: ciprofloxacina y metronidazol, otros esquemas pueden ser amoxicilina más clavulanato y trimetoprim/sulfametoaxazol más metronidazol.¹

En caso de manejo hospitalario, el cual es indicado en pacientes que no toleran la vía oral, presentan dolor intenso; el manejo antibiótico deberá ser con triple esquema con ampicilina, gentamicina y metronidazol, o el uso de monoterapia con piperacilina o tazobactam.¹

En pacientes con ataques recurrentes responden de forma menos adecuada al tratamiento médico y tienen

Cuadro I. Clasificación de Hinchey para diverticulitis aguda.

Estadio I	Pequeños abscesos confinados al espacio pericolónico
Estadio II	Grandes abscesos confinados al espacio pericolónico
Estadio III	Peritonitis supurada generalizada. Diverticulitis perforada
Estadio IV	Peritonitis fecal. Ruptura libre

Cuadro II. Diagnóstico diferencial de la diverticulitis aguda.

Diagnóstico diferencial	Características clínicas y consideraciones diagnósticas
Apendicitis aguda	Se sospecha en caso de dolor en cuadrante inferior izquierdo y ausencia de mejoría a pesar de tratamiento médico
Enfermedad de Crohn	Se sospecha cuando se acompaña de úlceras orales, alteraciones perianales o diarrea crónica
Cáncer de colon	Se sospecha si existe pérdida de peso o hemorragia. Se diagnostica con evaluación colónica en cuanto la inflamación colónica se ha resuelto
Colitis isquémica	Se sospecha en paciente de alto riesgo, presencia de diarrea sanguinolenta. El diagnóstico se realiza con sigmoidoscopia flexible
Colitis pseudomembranosa	Se sospecha en pacientes con diarrea asociada a uso de antibióticos. El diagnóstico se realiza mostrando la toxina en las heces y con sigmoidoscopia flexible
Enfermedad ulcerosa complicada	Se sospecha en pacientes con neumoperitoneo o peritonitis, o con historia de uso de antiinflamatorios no esteroideos o dispesia.
Torsión, quistes o abscesos ováricos	Se sospecha en mujeres con dolor unilateral. El diagnóstico se realiza con el ultrasonido pélvico o transvaginal
Embarazo ectópico	Se sospecha en mujeres en edad fértil. Se diagnostica con una prueba de embarazo y ultrasonido.

una mortalidad mayor, por lo que después de un segundo ataque de diverticulitis el tratamiento quirúrgico con resección está indicado, siendo el procedimiento de Hartmann uno de los más utilizados.¹ En el consenso publicado en 1995 por la Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto⁵ se recomendó que en pacientes menores de 40 años de edad después de un episodio bien documentado de diverticulitis no complicada se realice resección electiva aunque esto no ha quedado bien claro.

Diverticulitis en menores de 50 años

La enfermedad diverticular es poco común en pacientes menores de 40 años de edad y constituye solamente del 2 al 5 por ciento del total de pacientes en grandes series de pacientes. El diagnóstico de diverticulitis por lo general no es considerado en pacientes jóvenes, y el diagnóstico erróneo más comúnmente emitido es el de apendicitis aguda.⁶ Existen múltiples reportes que indican una gran virulencia de la diverticulitis aguda, aunque de forma reciente se han documentado datos contradictorios.

La incidencia de diverticulitis en pacientes jóvenes es muy variable reportándose valores entre 1-4 por ciento, hasta 12-30 por ciento.⁷ La diverticulitis aguda en paciente joven no ha sido confinada a un grupo étnico en particular o a un grupo socioeconómico específico. La mayoría de los casos se dan en hombres y se presenta en la cuarta década de la vida. La obesidad es la condición comórbida más asociada. Además se ha documentado que la localización más común es en colon sigmoideo y colon descendente.⁸

La alta virulencia de la diverticulitis aguda en pacientes menores de 50 años se basa en múltiples estudios. En el estudio de Konvolinka y colaboradores⁸ en el cual se estudiaron 248 pacientes en forma transversal documentándose una incidencia de 11.7 por ciento en pacientes menores de 40 años de edad, se observó predominio en el sexo masculino en un 76 por ciento y 24 por ciento en mujeres, las condiciones asociadas más comunes fueron obesidad (17 por ciento), colelitiasis (10 por ciento), e hipertensión arterial sistémica (3 por ciento). Se requirió la realización de cirugía en 76 por ciento el grupo de pacientes menores de 40 años en comparación con un 17.3 por ciento en pacientes mayores, no observaron diferencias en morbilidad o mortalidad en ninguno de los dos grupos. La indicación de cirugía más común fue la presencia de absceso o peritonitis. Una serie pequeña de pacientes publicada por Alvarez y colaboradores⁹ mostró la necesidad de cirugía en 47.05 por ciento de los pacientes menores de 40

años en comparación con el 18.06 por ciento observado en pacientes mayores. En el análisis de 118 pacientes reportado por Martín-Perez¹⁰ y colaboradores la incidencia es de 25 por ciento y la cirugía fue necesaria en 75 por ciento de los casos menores de 45 años de edad, siendo indicada por presentar: perforación (33 por ciento), sospecha de absceso (33 por ciento), persistencia de los síntomas (20 por ciento) y peritonitis (13 por ciento). Además de requerir con más frecuencia la intervención quirúrgica el grupo de pacientes menor de 50 años en la mayoría de las series publicadas se ha demostrado también que suelen requerir mayores reintervenciones debido a falla en el tratamiento conservador, observándose una tasa de falla al tratamiento de hasta el 64 por ciento, y una recurrencia de los síntomas de diverticulitis del 100 por ciento,⁷ esta falla al tratamiento pudiera significar mayor tiempo hospitalario e incremento de los costos de atención.

Cuadro III. Necesidad de cirugía de urgencia en pacientes con diverticulitis aguda.

Serie	Cirugía de urgencia %
Chautems (3)	0
Biondo (11)	26.40
Alvarez (9)	47.05
Cunningham (7)	73.00
Martín-Pérez (10)	75.00
Konvolinka (8)	76.00

Cuadro IV. Criterios tomográficos para evaluar la severidad de la diverticulitis.

Diverticulitis moderada	Diverticulitis severa
Adelgazamiento localizado de la pared del sigma (> 5 mm)	Lo mismo que la diverticulitis moderada más: Absceso
Inflamación de la grasa pericólica	Aire extraluminal Material de contraste extraluminal

Cuadro V. Tasa de cirugía de emergencia en relación a la clasificación de Hinche.

Grado en la escala de Hinche	Cirugía de emergencia % < 50 años*	Cirugía de emergencia % > 50 años*
Estadio I	0	6.30
Estadio II	30.00	28.60
Estadio III	55.00	50.8
Estadio IV	15	14.3

*Sin diferencia estadísticamente significativa

No está bien determinado el por qué de la alta virulencia de la diverticulitis aguda en pacientes jóvenes, un factor que pudiera explicarlo es el retraso en el diagnóstico,² dada su dificultad y baja sospecha clínica, se ha observado que sólo el 12.5 por ciento de los pacientes menores de 50 años con diverticulitis aguda tuvieron un diagnóstico inicial correcto, aunque el rango puede ir del 0 al 59 por ciento. Este retraso diagnóstico puede explicar la mayor necesidad de cirugía de urgencia⁷ (*Cuadro III*).

La recomendación emitida de realizar cirugía electiva después de un episodio bien documentado de diverticulitis aguda no complicada se basó en las observaciones de múltiples estudios, en los que el diseño se basaba principalmente en estudio retrospectivos y transversales (ver arriba), recientemente se han publicado dos reportes de estudios prospectivos a 5 años.^{3,11} El estudio prospectivo de 118 pacientes reportado por Chautems y colaboradores³ apoya la recomendación de realizar cirugía electiva, pero no en todos los casos de diverticulitis aguda no complicada, en esta ocasión la recomendación es únicamente para los pacientes con diverticulitis aguda severa. Se observó que en el análisis univariado los factores que determinan pobre pronóstico son la severidad de la diverticulitis documentada por TC (*Cuadro IV*) y la edad menor de 50 años, pero esto no guardó concordancia cuando se ajustaron los datos a la severidad de la TC donde la edad dejó de tener significancia estadísticamente significativa. Este estudio demostró que los pacientes menores de 50 años de edad después de un cuadro de diverticulitis tienen una tasa de pobre pronóstico en 29 por ciento, aunque la falta de consistencia en la asociación de la edad como factor de pobre pronóstico se pudo deber al tamaño de la muestra. Teniendo esto en consideración recomiendan que aquellos pacientes menores de 50 años de edad con diverticulitis severa documentada por TC deben ser sometidos a cirugía electiva después del primer episodio agudo.

El tamaño de la muestra fue un factor que determinó la incapacidad de asociar la edad como factor de mal pronóstico, en el estudio de Biondo y colaboradores¹¹ se estudiaron de forma prospectiva durante 5 años a 327 pacientes, observándose un porcentaje menor de cirugía de urgencia (*Cuadro III*), además de ser uno de los estudios que muestra la correlación de la clasificación de Hinchey (*Cuadro I*) con el grado de cirugía de urgencia (*Cuadro V*), demostrando que no existen diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes, además que el riesgo de recurrencia fue de sólo 15.0 por ciento sin mostrar diferencia entre ambos

grupos, por lo que el riesgo después de un segundo episodio tratado de forma conservadora sin cirugía electiva debe ser determinado.

Conclusiones

La recomendación de realizar cirugía electiva en pacientes con un primer cuadro bien documentado de diverticulitis aguda se basa principalmente en estudios retrospectivos, análisis prospectivos muestran que esta recomendación tiene poco sustento estadístico o debe ser modificada para pacientes con diverticulitis grave documentada por TC.

Referencias

1. Stollman NH, Raskin JB. Diagnosis and management of diverticular disease of the colon in adults. *Am J Gastroenterol* 1999; 94(11): 3110-3121.
2. Ferzoco LB, Raptopoulos V, Silen W. Acute diverticulitis. *N Engl J Med* 1998; 338(21): 1521-1526.
3. Chautems RC, Ambrosetti P, Ludwig A, Mermilliod B, Morel P, Soravia C. Long-term follow-up after first acute episode of sigmoid diverticulitis: Is surgery mandatory? *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 962-966.
4. Kellum JM, Sugerman HJ, Coppa GF. Randomized prospective comparison of cefoxitin and gentamycin-clindamycin in the treatment of acute colon diverticulitis. *Clin Ther* 1992; 14: 376-384.
5. Roberts P, Abel M, Rosen L, Cirocco W, Fleshman J, Leff E, Levien D, Pritchard T, Wexner S, Hicks T, et al. Practice parameters for sigmoid diverticulitis. The Standards Task Force American Society of Colon and Rectal Surgeons. *Dis Colon Rectum* 1995; 38:125-132.
6. The Standards Task Force, American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for sigmoid diverticulitis. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2000;10(3):142-148.
7. Cunningham MA, Davis JW, Kaups KL. Medical versus surgical management of diverticulitis in patients under age 40. *Am J Surg* 1997; 174: 733-736.
8. Konvolinka CW. Acute diverticulitis under age forty. *Am J Surg* 1994;167: 562-565.
9. Alvarez Perez JA, Baldonedo Cernuda RF. Colorectal: colonic diverticulitis in young patients: a virulent disease. *Br J Surg* 1995; 82: 23.
10. Martín-Perez E, Torres N, Doblado B, Figueroa JM, Larranaga E, Serrano Pa. Surgical treatment for acute diverticulitis in young patients. *Br J Surg* 1997; 84(2S): 36.
11. Biondo S, Parés J, Martí Rague J, Kreisler E, Fraccalvieri D, Jaurrieta E. Acute colonic diverticulitis in patients under 50 years of age. *Br J Surg* 2002; 89: 1137-1141.

Correspondencia:

Norberto Carlos Chávez-Tapia
Puente de Piedra No. 150.
Col. Toriello Guerra. Tlalpan 14050
México, Distrito Federal
Subdirección Académica.
Tercer Piso de Hospitalización.