

Enfermedad diverticular

La diverticulosis colónica (DC) –que empezó a estar presente en la literatura científica hace poco más de un siglo- es uno de los hallazgos incidentales más frecuentes tras la colonoscopia. Es conocido que la mitad de la población de más de 50 años tiene divertículos colónicos. La progresión de diverticulosis a diverticulitis se estima en el 10-25% si bien, como ocurre con muchos aspectos de esta patología, estudios recientes han puesto en duda estas cifras reduciéndolas al 5%¹. Además, en la difícil época que estamos viviendo, determinados aspectos de todas las patologías van a estar distorsionadas por la terrible pandemia COVID-19 con la que nos ha tocado lidiar. La enfermedad diverticular colónica (EDC) –causa frecuente de consulta en los servicios de urgencia- no ha escapado a este impacto. Si bien hay escasa evidencia científica disponible, ésta apunta a que durante pandemia COVID-19 se han diagnosticado menos casos tanto de diverticulitis complicada como de no complicada, incrementándose la tasa de tratamientos no operatorios y ambulatorios².

En cualquier caso, a pesar de ser una entidad de alta prevalencia –la DC es la patología colónica no neoplásica más frecuente- presenta bastantes aspectos controvertidos y en muchas ocasiones sometidos a continua revisión científica, con la consecuencia de que se ponen en duda, se rectifican o se matizan conceptos etiopatogénicos e incluso estrategias terapéuticas plenamente aceptadas en otros tiempos. Quizá este hecho sea debido, al menos en parte, a que la EDC es una patología que requiere múltiples y variados tratamientos a lo largo de una historia natural que abarca, como es sabido, episodios agudos, cronificación, complicaciones de la enfermedad y/o recurrencia de la misma. Estas controversias (o si se prefiere “ajustes” a la evidencia científica disponible) abarcan todo el espectro etiopatogénico y terapéutico de la EDC.

De hecho, la EDC presenta una etiopatogenia multifactorial no del todo conocida que engloba desde la clásica hipótesis “traumática” a la más reciente teoría “isquémica” y en la que últimamente se han implicado factores como las variaciones en la microbiota, la predisposición genética o elementos relacionados con el sistema inmunitario. Tampoco aspectos como la progresión a diverticulitis o la relación con otras patologías como el Síndrome de Intestino Irritable (SII) o la llamada Colitis Segmentaria Asociada a Diverticulosis (o SCAD, por sus siglas en inglés) están plenamente establecidos^{3,4}.

También el tratamiento no operatorio de la diverticulitis colónica ha sido revisado. El uso rutinario de antibioterapia en pacientes inmunocompetentes con una diverticulitis aguda no complicada no es ya una terapia plenamente aceptada, como lo era hace unos años. E igual ocurre en estos mismos pacientes con la dieta baja en fibras y el reposo intestinal, antes recomendaciones inequívocas de la World Gastroenterology Association y ahora puestas en duda por algunas

publicaciones recientes, que obtienen resultados similares con una dieta sin restricciones⁵.

Las controversias implican también el tratamiento quirúrgico de la diverticulitis aguda complicada y no solo en lo que se refiere a la clásica oposición de la intervención de Hartmann frente la anastomosis primaria (por cierto, con soporte científico cada vez mayor a favor de la segunda, en pacientes estables). El uso de la laparoscopia en el contexto de una cirugía urgente por diverticulitis aguda no está plenamente documentado en la literatura, si bien la colectomía laparoscópica urgente parece conservar sus –ya clásicas- ventajas frente a la cirugía abierta y no puede descartarse como opción de tratamiento. Bastante menos claro está el papel del lavado-drenaje (sin resección) laparoscópicos en los pacientes con diverticulitis aguda complicada. Esta técnica, tras mostrar resultados inicialmente favorables en la década pasada, está siendo puesta en cuestión por la evidencia científica más reciente, dadas sus elevadas tasas de abscesos intra-abdominales y re-intervenciones. Si está indicada y en qué pacientes está aún por determinar⁶.

La Cirugía de Control de Daños (CCD), abordaje clásico de los traumatismos abdominales graves, ha sido considerada recientemente como una opción a tener en cuenta en el tratamiento de la sepsis abdominal severa. En su Conferencia de Consenso de 2016, la World Society of Emergency Surgery estableció que “la CCD puede ser una opción ante pacientes inestables con peritonitis de origen diverticular –shock séptico/sepsis abdominal grave-” (grado de recomendación 1B). No obstante, la existencia de gran heterogeneidad y sesgos de selección en las series publicadas hacen que la efectividad y seguridad de la CCD en el tratamiento de la diverticulitis aguda complicada no esté aún completamente definidas⁷.

El seguimiento tras un episodio de diverticulitis aguda incluye una colonoscopia reglada tras un intervalo mínimo de 6 semanas tras el la curación del brote, fundamentalmente para excluir la presencia de un cáncer colorrectal (CCR) subyacente. Esta práctica implica un coste y unos riesgos, no existiendo actualmente consenso en realizarla de forma sistemática. Evidencia científica reciente, basándose en la mejora de los criterios diagnósticos y en los avances técnicos en pruebas de imagen, sugiere que en pacientes que previamente no tenían síntomas típicos de CCR (p.e. cambio del hábito intestinal, rectorragia, anemia...) y con una prueba diagnóstica de calidad que informe de diverticulitis aguda no complicada, tienen un riesgo de CCR similar a la población general⁸.

En lo que se refiere a la prevención es difícil identificar una estrategia específica y con cierta consistencia científica. Aún existe consenso en que una dieta rica en fibras puede ser beneficiosa para

prevenir un primer episodio de diverticulitis aguda, pero está poco claro que esta recomendación sea efectiva a la hora de prevenir brotes recurrentes. Determinados tratamientos médicos como la rifaximina, mesalacina o agentes probióticos han sido investigados (e incluso recomendados por las diferentes guías clínicas), si bien los estudios son heterogéneos y poco concluyentes, por lo que su papel en la prevención de la diverticulitis aguda no está del todo claro⁸.

Finalmente, hemos de añadir a esta diversidad la posibilidad de que existan situaciones especiales que condicionen, influyan o modifiquen el tratamiento indicado en estos pacientes. Tal es el caso, entre otros, de los pacientes inmunodeprimidos, la enfermedad multifocal, la diverticulitis de colon derecho y el divertículo colónico gigante⁹.

En definitiva, y a la vista de lo expuesto, la enfermedad diverticular colónica es un proceso heterogéneo, con un espectro clínico-terapéutico muy amplio y no siempre definido. Esto significa que en estos pacientes, la individualización del tratamiento es especialmente importante por lo que debe ser minuciosa y ajustada a la mejor evidencia disponible. Obviamente, podría decirse que esta última afirmación debe hacerse extensiva a toda práctica clínica. Y así es, o debería ser. Pero pensamos que en el caso de la EDC, dadas sus características, quizá requiera un esfuerzo suplementario el tomar las decisiones correctas en cada caso. Precisamente facilitar ese esfuerzo suplementario es el objeto de la presente monografía: resumir y abordar y actualizar las principales cuestiones etiopatogénicas, diagnósticas y terapéuticas de la EDC ofreciendo así una herramienta científica –una más– que nos permita decidir qué hacemos, cuándo y cómo ante un paciente con diverticulitis colónica.

Solo nos queda agradecer sinceramente el esfuerzo realizado por todos y cada uno de los autores que colaboran en esta monografía y que, como podrá comprobarse durante su lectura, han realizado un trabajo encomiable y riguroso. Igualmente expresamos nuestro agradecimiento a la ASAC y a la revista Cirugía Andaluza que han respaldado y facilitado en todo momento la realización de esta publicación.

Angel Reina Duarte,

Jefe de Servicio de Cirugía G. y Digestiva, Hospital Universitario
Torrecárdenas

José María Capitán Valvey,

Ex-presidente de la ASAC

José Luis Fernández Serrano,

Presidente de la ASAC

BIBLIOGRAFÍA

1. Hanna MH, Kaiser AM. Update on the management of sigmoid diverticulitis. *World J Gastroenterology* 2021; 27(9):760-781.
2. Gallo G, Ortenzi M, Grossi U, Di Tana GL, Pata F, Guerrieri M, et al. What paradigm shifts occurred in the management of acute diverticulitis during the COVID-19 pandemic? A scoping review. *World J Clin Cases* 2021; 9(23):6759-6767.
3. Zaborowski AM, Winter DC. Evidence-based treatment strategies for acute diverticulitis. *Int J Colorec Dis* (2020), DOI: 10.1007/s00384-020-03788-4.
4. Piscopo N, Ellul P. Diverticular Disease: A Review on Pathophysiology and Recent Evidence. *Ulster Med J* 2020; 89(2):83-88.
5. Stam AW, Draaisma WA, van de Wall BJM, Bolkenstein HE, Consten ECJ, Broeders MJ. An unrestricted diet for uncomplicated diverticulitis is safe: results of a prospective diverticulitis diet study. *Colorec Dis* 2016; 19: 372-377.
6. Lin H, Zhuang Z, Huang X, Li Y. The role of emergency laparoscopic surgery for complicated diverticular disease. A systematic review and meta-analysis. *Medicine* 2020; 99:40.
7. Cirocchi R, Popivanov G, Konaktchieva M, Chipeva S, Tellan G, Mingoli A, et al. The role of damage control surgery in the treatment of perforated colonic diverticulitis: a systematic review and meta-analysis. *Int J Colorec Dis* 2021; 36(5): 867-879.
8. Hawkins AT, Chan T, Mullaney TG, Eglinton T, Frizelle F, Hall J, et al. Diverticulitis: An update from the age old paradigm. *Cur Problem Surg* (2020), doi: 10.1016/j.cpsurg.2020.100862.
9. Wood EH, Sigman MM, Hayden DM. Special Situations in the Management of Diverticular Disease. *Clin Colon Rectal Surg* 2021; Mar;34(2):121-126.