

Diverticulitis aguda e incidencia de Cáncer Colorrectal

Incidence of colorectal cancer after acute diverticulitis

Gómez Carmona Z, Jorge Cerrudo J, Moya Forcén P, Rubio Gil FA, Ferrer Márquez M, Teruel Lillo I, Reina Duarte A

Complejo Hospitalario Universitario Torrecárdenas. Almería.

RESUMEN

Tras un episodio de diverticulitis aguda la realización de una colonoscopia de rutina ha sido defendida en las guías de práctica clínica de numerosas sociedades. Sin embargo, en los últimos años en contraposición a esto, numerosos estudios han intentado demostrar que no existe esta necesidad en todos los casos. ya que la incidencia de adenomas de alto grado (AA) y cáncer colorrectal (CCR) en la diverticulitis aguda no complicada es bajo y prácticamente similar al que encontramos en la población sometida a programas de screening, mientras que sería necesaria en pacientes con diverticulitis aguda complicada.

Palabras clave: enfermedad diverticular, diverticulitis aguda, cáncer colorrectal.

ABSTRACT

After an episode of acute diverticulitis, routine colonoscopy has been recommended for many years by a number of societies to exclude the presence of colorectal cancer. Further study has questioned this need. Routine colonoscopy may be omitted in patients with uncomplicated diverticulitis if CT imaging is otherwise clear based on the rates of colorectal cancer that is closely similar to the screening population. Colonoscopy should be routinely performed after complicated diverticulitis cases, when the clinical presentation is atypical, if there is any diagnostic ambiguity, or the patient has other indications for colonoscopy like rectal bleeding or is above 50 years of age without recent colonoscopy.

Keywords: diverticular disease, acute diverticulitis, colorectal cancer.

CORRESPONDENCIA

Zahira Gómez Carmona
CHU Torrecárdenas
04131 Almería
zgomezcarmona@gmail.com

XREF

Fecha de recepción: 29-09-21

Fecha de aceptación: 5-10-21

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) y la enfermedad diverticular (ED) comparten múltiples características epidemiológicas. Ambas entidades son muy frecuentes en el mundo occidental, con una incidencia que aumenta con la edad y una mayor prevalencia en hombres. En occidente, la localización más frecuente tanto en la ED como el CCR es el colon izquierdo. A lo anterior también se suma el

CITA ESTE TRABAJO

Gómez Carmona Z, Jorge Cerrudo J, Moya Forcén P, Rubio Gil FA, Ferrer Márquez M, Teruel Lillo I, Reina Duarte A. Diverticulitis aguda e incidencia de Cáncer Colorrectal. Cir Andal. 2021;32(4):503-06. DOI: 10.37351/2021324.12.

hecho de que en algunos casos los hallazgos clínicos y radiológicos podrían ser indistinguibles^{1,4}.

En base a lo anterior, hasta la fecha, sociedades científicas como la American Gastroenterological Association y la Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons, recomendaban en sus guías internacionales de práctica clínica sobre el manejo de la diverticulitis aguda la realización rutinaria de una colonoscopia tras un episodio de diverticulitis aguda con objeto de excluir la presencia de cáncer colorrectal^{5,6}.

Sin embargo, estas recomendaciones han suscitado controversia en los últimos años^{7,10}; basadas en antiguos estudios en los que el diagnóstico se realizaba de forma clínica, analítica y en ocasiones con una variedad de pruebas de imagen como enemas de bario, ecografía abdominal o TC de inferior resolución a los actuales. Consecuentemente, esto ha supuesto un cambio de paradigma, al igual que en otros aspectos del manejo de la DA.

Desde hace unos años la TC ha revolucionado el diagnóstico y el manejo de la enfermedad diverticular. Los actuales equipos de TC multidetector pueden obtener cortes más finos, con mayor resolución y por tanto, una imagen de mejor calidad. Esto nos ha llevado a considerarlo la técnica gold estándar en el diagnóstico por imagen de la ED y sus complicaciones (engrosamiento de la pared del colon >3 mm con hipercaptación tras la administración de contraste, desflecamiento de la grasa pericólica, aire o líquido libre, abscesos) con una sensibilidad y especificidad de 94% y 98% respectivamente^{11,12}.

La consolidación de la TC como método diagnóstico de elección en la ED ha propiciado la modificación de la clásica clasificación de Hinchey en base a los hallazgos radiológicos¹³, permitiendo sumar al diagnóstico la evaluación de la gravedad de cara a planificar el tratamiento de estos pacientes. Debemos también tener en consideración que los procedimientos invasivos no están exentos de complicaciones^{14,15}. La colonoscopia se asocia con un riesgo de perforación entre el 0,1 y el 0,2%, incluso se ha descrito el riesgo de diverticulitis iatrogénica. Además, puede resultar técnicamente más demandante realizar una colonoscopia tras un episodio de diverticulitis, especialmente en aquellos pacientes con una extensa y severa diverticulosis. La mayor espasticidad del colon puede conllevar a una peor visualización de la luz. Incluso en estos pacientes la preparación puede ser subóptima por las molestias que pueden presentar durante la misma. Estos factores pueden resultar en un aumento del porcentaje de colonoscopias incompletas. Por ello, también se discute la justificación de exponer a un paciente a este riesgo así como los costes que supone la realización rutinaria de esta exploración cuando no existe una indicación clara para el procedimiento.

INCIDENCIA DE CCR TRAS EPISODIO DE DIVERTICULITIS AGUDA

Han sido varios los estudios retrospectivos que han investigado las tasas de cáncer colorrectal (CCR) mediante colonoscopia tras un episodio de diverticulitis aguda. Sin embargo, diferentes metaanálisis posteriores han puesto de manifiesto en muchos casos problemas metodológicos multifactoriales como la heterogeneidad de los

estudios, la ausencia de validación de una población de referencia, inconsistencia en los informes radiológicos, disparidad de consenso en la definición de diverticulitis complicada y no complicada y la falta de información sobre los síntomas de los pacientes incluidos.

Existe una clara tendencia en estos estudios a diferenciar dos escenarios:

En pacientes con confirmación radiológica mediante TC de diverticulitis no complicada, dos metaanálisis han estimado una prevalencia de CCR entre el 0,5 % y el 1,2 % debido a la inclusión de diferentes estudios^{16,17}. A esto se suma, que las diferentes poblaciones de referencia utilizadas llevan a diferentes y contradictorias conclusiones. Meyer et al. calcularon la prevalencia de CCR tras un episodio de diverticulitis aguda más alta que en el resto de población mientras que Rottier et al. defienden que la prevalencia es similar.

Sin embargo, en contraposición a lo descrito anteriormente, en el caso de la resolución con manejo conservador de un episodio de diverticulitis complicada la prevalencia de CCR es llamativamente mayor, variando entre el 7,9% y 10,8% en ambos metaanálisis.

Paralelamente, encontramos en la literatura otras series retrospectivas y revisiones de diversos centros, mostrando resultados similares^{9,18,21}.

Una cuestión importante que deberíamos considerar a la hora de interpretar las diferentes publicaciones es que la prevalencia de CCR no diagnosticado en pacientes asintomáticos en la población general es sólo una estimación²². Las tasas de detección de CCR en los programas de screening varían entre el 0,1 % y el 1% (la mayoría en torno al 0,5%), dependiendo de la edad y el perfil de riesgo de la población diana. Estos programas probablemente sobreestiman la prevalencia de CCR no diagnosticado en la población ya que las tasas de participación están en torno al 60 % y los pacientes con más riesgo son probablemente los más propensos a entrar en dichos programas.

EVALUACIÓN COLONOSCÓPICA POSTERIOR A UN EPISODIO DE DIVERTICULITIS. RESUMEN DE LA EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES ACTUALES

A pesar de que el uso del TC abdominal se ha extendido ampliamente en los últimos años en el escenario de la patología abdominal urgente, permitiendo hacer un diagnóstico más preciso, la discriminación entre diverticulitis y cáncer colorrectal puede suponer un reto en determinados casos.

La mayoría de las guías previas recomendaban la realización de una colonoscopia de rutina tras un episodio de diverticulitis aguda bajo el razonamiento de que la detección precoz de CCR en estos pacientes podría reducir la posibilidad de diseminación. Sin embargo, hasta la fecha no se han encontrado estudios aleatorizados donde se investigue la utilidad real de esta práctica (comparando la supervivencia cáncer específica con o sin la realización de evaluación endoscópica).

Como hemos visto previamente, varias series han concluido que los pacientes con diverticulitis no complicada diagnosticada mediante TC tienen un riesgo de presentar CCR o pólipos avanzados similar

a la población general y consecuentemente, podrían no requerir evaluación colonoscopia tras el episodio más allá de la recomendada según su grupo de edad en los programas de screening. No obstante, si los datos radiológicos, sintomatología (estreñimiento, sangrado...) o la evolución clínica es atípica también deberíamos plantearnos realizar una colonoscopia.

Diferente escenario nos encontraríamos tras un episodio de diverticulitis aguda complicada donde, sin embargo, parece existir un riesgo elevado de albergar una neoplasia oculta. Los hallazgos radiológicos específicos que se han visto asociados a ello son principalmente la presencia de un absceso, obstrucción y adenopatías mesentéricas o retroperitoneales.

Si atendemos a las guías actuales de manejo de la diverticulitis aguda de las principales sociedades quirúrgicas a nivel mundial:

WORLD SOCIETY EMERGENCY SURGERY (WSES 2020)²³

Diverticulitis con absceso y manejo satisfactorio conservador: Evaluación colonoscópica temprana (4-6 semanas). Recomendación débil basada en baja calidad de la evidencia, 2C)

Diverticulitis no complicada confirmada con TC no se recomienda evaluación colonoscópica rutinaria. Recomendación débil basada en moderada calidad de la evidencia, 2B).

EUROPEAN SOCIETY COLOPROCTOLOGY SURGERY (ESCP 2020)²⁴

Diverticulitis no complicada, confirmada con TC y asintomático tras episodio podría no ser necesario colonoscopia.

El resto de los pacientes deberían de ser evaluados endoscópicamente tras 6 semanas del episodio si no tienen colonoscopia reciente (3 años).

Grado de evidencia 3.

AMERICAN SOCIETY COLORECTAL SURGEONS (ASCR 2020)²⁵

Diverticulitis complicada resuelto con tratamiento conservador deberá confirmarse diagnóstico endoscópicamente si no posee colonoscopia reciente (no precisa tiempo). Recomendación fuerte basada en baja calidad de la evidencia, 1C.

Diverticulitis no complicada podría prescindirse (no especificado grado de recomendación).

INTERVALO PARA LA REALIZACIÓN DE LA COLONOSCOPIA.

Un aspecto discutido es el intervalo ideal para realizar la confirmación endoscópica tras la resolución de un episodio de diverticulitis aguda. La mayoría de las series apuestan por realizarla

tras seis semanas sin embargo, la evidencia en la literatura que apoya este intervalo es escasa.

Laht et al²⁶ realizan un estudio aleatorizado de 86 pacientes con diagnóstico de diverticulitis aguda en dos brazos: endoscopia temprana durante el ingreso o tardía, tras seis semanas. No mostró diferencias en términos de seguridad o complicaciones relacionadas con la colonoscopia, y los autores concluyen que la colonoscopia temprana es factible y segura bajo estas circunstancias. Sin embargo estos datos deben ser interpretados con precaución dado que los autores no especifican la estimación del tamaño muestral ni el poder estadístico.

DISCUSIÓN

Parece no existir controversia en que se debería realizar colonoscopia de forma rutinaria, a partir de las 6-8 semanas tras la resolución de un episodio de diverticulitis aguda complicada.

En el caso de un episodio de diverticulitis aguda no complicada ésta se podría omitir en caso de pacientes menores de 50 años. No obstante, debería de ser una decisión individualizada teniendo siempre en cuenta la presencia de signos o síntomas de alarma (estreñimiento, sangrado...). En mayores de 50 años, salvo que se haya realizado una reciente (menos de un año), sería recomendable la realización de colonoscopia según el programa de screening de cáncer colorrectal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grahnat CJ, Hérard S, Ackzell A, Andersson RE (2016) High Probability of an Underlying Colorectal Cancer Among Patients Treated for Acute Diverticulitis. A Population-Based Cohort Follow-Up Study. *World J Surg* 40:2283-2288
2. Meireles LC, Fernandes SR, Ribeiro LC, Velosa J. Role of endoscopy after an acute episode of diverticulitis: analysis of a cohort of Portuguese patients from a tertiary referral center. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2015;27:1429-1432.
3. Ramphal W, Schreinemakers JM, Seerden TC, Crolla RM, Rijken AM, Gobardhan PD. What is the risk of colorectal cancer after an episode of acute diverticulitis in conservatively treated patients?. *J Clin Gastroenterol* 2016;50:e35-e39.
4. Wolf AMD, Fontham ETH, Church TR, Flowers CR, Guerra CE, LaMonte SJ, Etzioni R, McKenna MT, Oeffinger KC, Shih YT, Walter LC, Andrews KS, Brawley OW, Brooks D, Fedewa SA, Manassaram-Baptiste D, Siegel RL, Wender RC, Smith RA (2018) Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin* 68:250-281
5. Stollman N, Smalley W, Hirano I; AGA Institute Clinical Guidelines Committee. American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Management of Acute Diverticulitis. *Gastroenterology* 2015;149:1944-1949.

6. Francis NK, Sylla P, Abou-Khalil M, et al. EAES and SAGES 2018 consensus conference on acute diverticulitis management: evidence-based recommendations for clinical practice. *Surg Endosc* 2019;33:2726-2741.
7. Kim MJ, Woo YS, Kim ER, et al. Is colonoscopy necessary after computed tomography diagnosis of acute diverticulitis? *Intest Res* 2014;12:221-228.
8. Walker AS, Bingham JR, Janssen KM, et al. Colonoscopy after Hinchey I and II left-sided diverticulitis: utility or futility? *Am J Surg* 2016;212:837-843
9. Andrade P, Ribeiro A, Ramalho R, Lopes S, Macedo G. Routine Colonoscopy after acute uncomplicated diverticulitis - challenging a putative indication. *Dig Surg* 2017;34:197-202.
10. Horesh N, Saeed Y, Horesh H, et al. Colonoscopy after the first episode of acute diverticulitis: challenging management paradigms. *Tech Coloproctol* 2016;20:383-387.
11. Mäkelä JT, Klintrup K, Takala H, Rautio T. The role of C-reactive protein in prediction of the severity of acute diverticulitis in an emergency unit. *Scand J Gastroenterol*. 2015;50:536-41.
12. Laméris W, van Randen A, Bipat S, Bossuyt PM, Boermeester MA, Stoker J. Graded compression ultrasonography and computed tomography in acute colonic diverticulitis: meta-analysis of test accuracy. *Eur Radiol*. 2008;18:2498-511.
13. Sartelli M, Catena F, Ansaloni L, et al. WSES Guidelines for the management of acute left sided colonic diverticulitis in the emergency setting. *World J Emerg Surg* 2016;11:37.
14. Arora G, Mannalithara A, Singh G, et al. Risk of perforation from a colonoscopy in adults: a large population-based study. *Gastrointest Endosc* 2009;69:654-64.
15. Day LW, Kwon A, Inadomi JM, et al. Adverse events in older patients undergoing colonoscopy: a systematic review and meta-analysis. *Gastrointest Endosc* 2011;74:885-96.
16. Rottier SJ, van Dijk ST, van Geloven AAW et al. Meta-analysis of the role of colonoscopy after an episode of left-sided acute diverticulitis. *Br J Surg* 2019; 106: 988-97.
17. Meyer J, Orci LA, Combescure C et al. Risk of colorectal cancer in patients with acute diverticulitis: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2019; 17, 1448-56. e1417.
18. Fogelstrom A, Hallen F, Pekkari K. Computed tomography diagnosed first time diverticulitis and colorectal cancer. *Int J Colorectal Dis*. 2020 Oct;35(10):1895-1901. doi: 10.1007/s00384-020-03607-w. Epub 2020 Jun 10. PMID: 32524190.
19. Sharma PV, Eglinton T, Hider P, Frizelle F. Systematic review and meta-analysis of the role of routine colonic evaluation after radiologically confirmed acute diverticulitis. *Ann Surg*. 2014;259:263-272.
20. Tehranian S, Klinge M, Saul M, et al. Prevalence of colorectal cancer and advanced adenoma in patients with acute diverticulitis: implications for follow-up colonoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2020; 91: 634-640.
21. Krajicek EJ, Imperiale TF. Colonoscopy after acute diverticulitis: from clinical epidemiology to clinical management. Are we there yet? *Gastrointest Endosc*. 2020 Mar;91(3):641-642.
22. Siegel RL, Miller KD, Sauer AG, Fedewa SA, Butterly LF, Anderson JC, Cercek A, Smith RA, Jemal A (2020) Colorectal cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin*.
23. Sartelli M, Weber DG, Kluger Y, Ansaloni L, Coccolini F, Abu-Zidan F, et al. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. *World J Emerg Surg*. 2020 7;15(1):32.
24. Schultz JK, Azhar N, Binda GA, Barbara G, Biondo S, Boermeester MA, Chabok A, Consten ECJ, van Dijk ST, Johanssen A, Kruis W, Lambrichts D, Post S, Ris F, Rockall TA, Samuelsson A, Di Saverio S, Tartaglia D, Thorisson A, Winter DC, Bemelman W, Angenete E. European Society of Coloproctology: guidelines for the management of diverticular disease of the colon. *Colorectal Dis*. 2020 Sep;22 Suppl 2:5-28.
25. Hall J, Hardiman K, Lee S, Lightner A, Stocchi L, Paquette IM, Steele SR, Feingold DL; Prepared on behalf of the Clinical Practice Guidelines Committee of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Left-Sided Colonic Diverticulitis. *Dis Colon Rectum*. 2020 Jun;63(6):728-747
26. Lahat A, Yanai H, Menachem Y, Avidan B, Bar-Meir S. The feasibility and risk of early colonoscopy in acute diverticulitis: a prospective controlled study. *Endoscopy*. 2007;39:521-524.