

Diverticulitis: una patología que aumenta con la edad.

Diverticulitis: a pathology that increases with age.

María José Navarro Alvarado¹¹ Médico General, Facultad de Medicina, Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED), San José, Costa Rica.

✉ Contacto de correspondencia: María José Navarro Alvarado mnavarro030798@gmail.com

RESUMEN

La diverticulitis se encuentra como uno de los principales diagnósticos diferenciales en pacientes que se presentan con dolor en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen. En efecto, no es nada despreciable su prevalencia en personas mayores. Una influencia importante se ha descrito con la alimentación. De hecho, es por esto que es una de las principales razones de mayor impacto en la población occidental. Otros factores importantes descritos son la disminución en la distensión del colon sigmoides, aumento de presión intraluminal y factores como el tabaco, obesidad y genéticos. Por su parte, desde los años 70s se describe la importancia del consumo de fibra como factor beneficioso. La clínica asociada a estudios de imagen son trascendentales para su clasificación y posteriormente poder brindar un manejo adecuado. De ellas, Hinchey es la clasificación más comúnmente utilizada. Por otro lado, dentro de las opciones terapéuticas se establece la antibioticoterapia, drenaje percutáneo y cirugía. La gran mayoría de pacientes no complicados se manejan de manera ambulatoria. Sin embargo, aquellos con complicaciones podrían ser candidatos a procedimientos más invasivos, de los cuales el más conocido es el procedimiento de Hartmann.

Palabras clave: Diverticulitis, Procedimiento de Hartmann, Clasificación de Hinchey.**ABSTRACT**

Diverticulitis is one of the main differential diagnoses in patients who present with pain in the left lower quadrant of the abdomen. Indeed, its prevalence in older people is not negligible. An important influence has been described with diet. In fact, this is one of the main reasons for its greatest impact on the Western population. Other important factors described are the decrease in distension of the sigmoid colon, increased intraluminal pressure and factors such as tobacco, obesity and genetics. For its part, since the 70s the importance of fiber consumption as a beneficial factor has been described. The clinical features associated with imaging studies are essential for classification and subsequently being able to provide adequate management. Of these, Hinchey is the most commonly used classification. On the other hand, antibiotic therapy, percutaneous drainage and surgery are established among the therapeutic options. The vast majority of uncomplicated patients are managed on an outpatient basis. However, those with complications may be candidates for more invasive procedures. In which, the best known is the Hartmann procedure.

Keywords: Diverticulitis, Hartmann procedure, Hinchey classification.**Cómo citar:**

Navarro Alvarado, M. J. Diverticulitis: una patología que aumenta con la edad. Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos, 8(2). <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v8i2.645>

Recibido: 23/Feb/2023**Aceptado:** 12/Abr/2024**Publicado:** 14/Jun/2024

Método

Se realizó una amplia búsqueda en las bases de datos de Pubmed y Scielo sobre artículos que centrarán su contenido en diverticulitis, etiología, clínica, diagnóstico y manejo. Para ello se utilizaron palabras clave como “dolor abdominal en adultos mayores”, “Hartmann procedure”, “Hinchey classification”, “Clasificación de Hinchey” y “diverticulitis”. Se obtuvieron inicialmente 142 artículos de diversos países alrededor del mundo. Sin embargo, solamente se utilizaron aquellos con vigencia de 5 años y con guías actualizadas, por lo cual se seleccionaron 16. La mayoría se presentaron en idioma inglés, unos pocos en español. Se excluyeron todos aquellos que no presentaran las características mencionadas.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad diverticular presenta una importante asociación con la edad, llegando alrededor del 50% en personas >60 años y hasta un 70% a los 80 años [1,2]. Incluso, se ha descrito que un 20% de los pacientes que presentan un episodio de diverticulitis, posteriormente tiene al menos 1 recurrencia [1]. Al ser una patología tan común en personas mayores, es importante familiarizarse con factores de riesgo, clínica y manejo apropiado.

Dentro de su etiología, se establece la relación con el consumo de fibra, obesidad, sedentarismo, microbiota intestinal, tabaco y factores genéticos [1,2]. Desde esta perspectiva, es que surge la importancia de la fibra. Ya que se ha visto que su déficit es potencial causa de estreñimiento, por lo que aumenta la presión intraluminal predisponiendo a diverticulosis [2,3].

La presentación clínica varía según su localización en el colon. Sin embargo, en un 70% de los casos se presenta con dolor abdominal en cuadrante inferior izquierdo [3,4]. La clínica junto con el apoyo de imágenes diagnósticas, orientan al médico tratante para definir su estado según la clasificación de Hinchey [4,5], a partir del cual se puede establecer el manejo adecuado, ya que su espectro abarca desde el manejo ambulatorio con antibiótico, hasta la resolución quirúrgica [3,4].

Asociado con lo expuesto anteriormente, el fin del presente artículo es brindar información concisa, dirigida y actualizada al lector, basada únicamente en revisión bibliográfica reciente.

Definición y epidemiología

Se entiende por diverticulosis la presencia de múltiples divertículos documentados en el tracto digestivo sin criterios de inflamación [4,5]. Estos se dividen en verdaderos y falsos. Su diferencia radica en las capas que presentan [2,4]. Los verdaderos contienen todas las capas del colon, mientras que los falsos únicamente la mucosa y submucosa que protruyen por la muscular. Usualmente lo hacen por puntos débiles donde penetran las arteriolas [5]. Los falsos son los que se encuentran con mayor frecuencia en el colon sigmoides [4].

La diverticulosis presenta una importante prevalencia conforme aumenta la edad [1]. Se estima que a los 60 años aproximadamente el 50% de la población es portadora de dicha patología con predominio en mujeres [1,3]. Las estadísticas difieren en la transformación de diverticulosis a diverticulitis, con un amplio rango de entre 4% y 25% [2,4].

Etiología

Diversos factores de riesgo han sido identificados en el desarrollo de diverticulitis, por lo que se considera una entidad multifactorial [5]. Su predominio en zonas occidentales se asocia a mayor consumo de carne roja y grasas [1].

Adicionalmente, la obesidad central y visceral, en su condición de inflamación crónica, favorece su aparición [1,5]. Además se involucran el tabaco, corticoesteroides, opioides, disbiosis intestinal, alteraciones en tejido conectivo, motilidad intestinal y factores genéticos [5,6].

En contraparte, el consumo de fibra se asocia con homeostasis inmune, mejora la función de barrera intestinal y mantiene niveles adecuados de proliferación celular, por lo que junto con el ejercicio ayudan a prevenir su formación [1]. No se ha establecido relación causal con el consumo de palomitas y nueces [3,6].

Otro mecanismo descrito es la obstrucción del lumen, el cual lleva a estasis, proliferación bacteriana e isquemia [1,6].

Clasificación

Desde 1978 el Dr. Hinchey describió los criterios que hasta la fecha siguen vigentes [3]. Estos se basan en la extensión de inflamación documentada. Si bien es cierto se han realizado modificaciones a sus criterios originales, la base continúa siendo la misma [4,5,7].

Hinchey modificada:

- 0: diverticulitis leve
- Ia: inflamación limitada pericolónica/flemón
- Ib: absceso limitado pericolónico
- II: absceso pélvico, distante intraperitoneal o intraabdominal
- III: peritonitis purulenta generalizada
- IV: peritonitis fecal

Otra clasificación importante fue descrita en 2002, por *Ambrosetti et al*, donde se divide en diverticulitis moderada o severa [8]. Siendo moderada aquella que presenta un engrosamiento del sigmoides $\geq 5\text{mm}$ y realce de grasa pericolónica. Se define severa si se evidencia absceso, gas o contraste extraluminal [8]. Es primordial el hecho de realizar una adecuada clasificación, ya que esta es la guía del manejo.

Manifestaciones clínicas y evaluación

Su forma de presentación varía según la localización y gravedad. Al ser el izquierdo el más frecuente, la mayoría de pacientes se quejan de dolor en flanco o fosa iliaca izquierda [4]. Pueden asociar fiebre, náuseas, vómitos y/o síntomas urinarios. Si se presenta con Hinchey III o IV se encuentra un abdomen peritonítico que podría dar pie a clínica de shock [4,9]. Dado que nos encontramos ante casos de inflamación asociada o no a infección, los laboratorios pueden mostrar leucocitosis junto con el aumento de reactantes de fase aguda [9,10].

DIAGNÓSTICO

Es importante tomar en cuenta distintas variables para un adecuado diagnóstico. La historia clínica, el examen físico y los laboratorios orientan al clínico hacia diverticulitis. Sin embargo, es el TAC el *gold standard* [8,10]. Presenta una sensibilidad y especificidad $> 95\%$ [8].

Recientemente, estudios han documentado la utilidad del *point of care ultrasound (POCUS)* durante su evaluación en el servicio de emergencias [11]. Sus principales beneficios se centran en la menor radiación al paciente, la atención con menor tiempo de espera y el menor costo económico a la institución [11,12]. Se ha documentado una sensibilidad y especificidad >90% con este método [12]. No obstante, ante la sospecha de un primer episodio o diverticulitis complicada, se debe confirmar con TAC. Dentro de sus limitaciones destaca el ser un estudio operador dependiente y depender de la anatomía y composición física del paciente [11,12].

Dado el riesgo de malignidad documentado tras eventos complicados o no complicados con hallazgos dudosos en la tomografía, se ha postulado realizar una colonoscopia 6-8 semanas después del episodio agudo [10,13]. Es importante respetar el intervalo de tiempo para disminuir el riesgo de complicaciones.

Manejo

Aquellos pacientes que se presentan con un episodio no complicado (Hinchey 0 o 1a), son candidatos a tratamiento ambulatorio [3,8,14]. Para ello deben tolerar vía oral y tener la certeza del estudio de imagen. Es posible egresarlos con antibiótico y revalorar en 7 días, siempre y cuando su condición clínica no empeore antes [8,14]. Esta es la presentación en la mayoría de casos [9].

Por su parte, en pacientes Hinchey 1b o 2, está indicado el antibiótico intravenoso. Según su tamaño, se debe asociar drenaje percutáneo si > 5cm [8,9]. En casos de Hinchey 3 o 4, está claramente indicado el tratamiento quirúrgico junto con antibioticoterapia [9,15]. Literatura respalda que el abordaje se puede definir en función de la estabilidad hemodinámica, comorbilidades y experiencia del centro médico. Ya que si el paciente está estable, se puede optar por laparoscopia [15]. Por el contrario, ante inestabilidad hemodinámica se realiza cirugía abierta y según el caso, cirugía de control de daños [8,15]. El procedimiento de Hartmann es el que se realiza con mayor frecuencia. No obstante, también se ha descrito la anastomosis primaria con ileostomía como alternativa [16]. La elección de una u otra, se realiza en función de las características del paciente y preferencia del cirujano [8,16]. La tasa de morbilidad y mortalidad aumenta en ambos procedimientos en contexto de cirugía de emergencia.

Se han documentado complicaciones como infección de herida, dehiscencias, sangrado, neumonía y trombosis venosa profunda [7].

CONCLUSIÓN

La diverticulitis es una de las principales causas de morbilidad en personas de edad avanzada conocida desde hace décadas. Realizar cambios del estilo de vida en aquellos pacientes que presenten factores de riesgo, evidencia un claro beneficio en todos los pacientes susceptibles. Una historia clínica adecuada con un examen físico pertinente, asociado a estudios de US y confirmación por TAC, llevan al diagnóstico certero y temprano para definir su manejo. Es fundamental la identificación oportuna para evitar estadios de shock; ya que una vez el paciente requiera resolución quirúrgica, se presenta un incremento en su morbimortalidad.

Declaración de conflicto de intereses

Se declara que la autora no presenta algún conflicto de interés por el artículo.

Declaración de financiamiento

La publicación no presentó ningún medio de financiamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Strate L, Morris A. Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment of Diverticulitis. *Gastroenterology*. 2019; 156 (5) 1282-1298
2. Zaborowski A, Winter D. Evidence-based treatment strategies for acute diverticulitis. *International Journal of Colorectal Disease*. 2021; 36:467-475
3. Hawkins A, Wise P, Chan T, Lee J, Glyn T, Wood V, et al. *Diverticulitis: An Update From the Age Old Paradigm*. Elseiver. 2020; 1-65
4. Meara M, Alexander C. Emergency Presentations of Diverticulitis. *Surg Clin N Am* 98. 2018; 1025-1046
5. Capitán del Río I, Capitán Vallvey J M. Enfermedad diverticular: definición, clasificación y etiopatogenia. *Cir Andal*. 2021;32(4):431-40. DOI: 10.37351/2021324.2.
6. Munie S, S Nalamati. Epidemiology and Pathophysiology of Diverticular Disease. *Clin Colon Rectal Surg* 2018;31:209-213
7. Curran T, Kwaan M. Controversies in the Management of Diverticulitis. *Advances in Surgery*. 2020; 1-16
8. Sartelli M, Weber D, 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 Journal of Emergency Surgery*. 2020; 5:32, 1-18
9. Hanna M, Kaiser A. Update on the management of sigmoid diverticulitis. *World J Gastroenterol*. 2021; 27(9): 760-781
10. You H, Sweeny A, Cooper M, Von Papen M, Innes J. The management of diverticulitis: a review of the guidelines. *MJA*. 2019; 1-7
11. Shokoohi H, Nasser S, Pyle M, Earls JP, Liteplo A, Boniface K. Utility of point-of-care ultrasound in patients with suspected diverticulitis in the emergency department. *J Clin Ultrasound*. 2020;1-6. [https:// doi.org/10.1002/jcu.22857](https://doi.org/10.1002/jcu.22857)
12. Cohen A, Li T, Stankard B, Nelson M. A Prospective Evaluation of Point-of-Care Ultrasonographic Diagnosis of Diverticulitis in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*. 2020; 76 (6): 757-766
13. Peery A, Shaukat A, Strate L. AGA Clinical Practice Update on Medical Management of Colonic Diverticulitis: Expert Review. *Gastroenterology* 2021;160:906-911
14. Sirany A, Gaertner W, Madoff R, Kwaan M. Diverticulitis Diagnosed in the Emergency Room: Is It Safe to Discharge Home? *J Am Coll Surg*. 2017; 1-5
15. Nascimbeni R, Amato A, Cirocchi R, Serventi A, Laghi A, Bellini M. Management of perforated diverticulitis with generalized peritonitis. A multidisciplinary review and position paper. *Techniques in Coloproctology* (2021) 25:153-165
16. Quinn S, Akram W, Hao S, Honaker M. Emergency Surgery for Diverticulitis: Relationship of Outcomes to Patient Age and Surgical Procedure. *JAMDA* 23. 2022; 616-622