



Medicina
Interna

Gastroenterología

Editado por:

Dr. Alejandro Paredes

Fabián Gallegos B.

Daniela Gálvez V.

Enfermedad Diverticular

Dr. Edmundo Hoffman
CAROLA OLAVE

La enfermedad diverticular del colon está constituida por la aparición de divertículos a ese nivel.

SE DEFINE COMO DIVERTÍCULO:

Protrusión sacular de la mucosa a través de la pared muscular del colon. Ocurre en las áreas débiles de la pared intestinal donde pueden penetrar los vasos sanguíneos. Miden de 5 a 10 mm. de tamaño. Los divertículos son realmente pseudodivertículos (falsos divertículos), ya que contienen sólo mucosa y submucosa cubiertas de serosa

Hoy en general se tiende a hablar de enfermedad diverticular de colon más que de diverticulosis (sufijo osis: lleno de, diverticulosis: lleno de diverticulos). Entendiéndose como las distintas manifestaciones:

- La diverticulosis como la presencia de divertículos en el colon.
- Diverticulitis que se refiere a la inflamación del diverticulo.
- Sangrado diverticular.

EPIDEMIOLOGÍA

Más de la mitad de los enfermos son mayores de 80 años. Es absolutamente excepcional antes de los 40 años (menos del 5%). En jóvenes predomina más en hombres y en las edades mayores predomina en mujeres.

Prevalencia según la edad	Prevalencia según el género
– Edad 40 5%	– Edad < 50 Más común en el sexo masculino
– Edad 60 30%	– Edad 50–70 Leve preponderancia femenina
– Edad 80 65%	– Edad > 70 Más común en el sexo femenino

ETIOLOGÍA- EVIDENCIAS

FACTORES PROTECTORES:

- El riesgo en general se reduce al consumir un alto contenido de fibra, fundamentalmente las que tienen celulosa (frutas y verduras).

FACTORES DE RIESGO:

- Hay mayor frecuencia en la gente que come poca fibra. Y es porque los divertículos se asocian a la constipación.
- Probablemente el elevado consumo de carnes rojas y un alto contenido de grasas en la dieta están asociados con un aumento del riesgo de presentar enfermedad diverticular.
- En general las diverticulitis aumentan en pacientes que fuman, reciben AINEs y Acetaminofeno (especialmente paracetamol), obesos y consumen dietas pobres en fibras.
- No hay relación entre divertículos y el tabaquismo, cafeína y alcohol.
- No hay una mayor frecuencia de la ED complicada en los pacientes que beben alcohol o bebidas cafeinadas.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOCALIZACIÓN:

La gran mayoría de los divertículos son del colon sigmoideo, pudiéndose encontrar además, compromiso agregado en el resto del colon:

- Compromiso sigmoideo 95%
- Sólo sigmoideo 65%
- Todo el colon 7%
- Próximo al sigmoides 4%
- (Sin compromiso del sigmoides)

TIPOS DE ENFERMEDAD DIVERTICULAR:

- Simple (75%): No se complican. Ocurre en la gran mayoría de los pacientes.
- Complicada (25%): presentan abscesos, fístulas, obstrucción, peritonitis, sepsis.

En general los divertículos del lado izquierdo se complican con **diverticulitis** y los del lado derecho se complican con **hemorragias**.

HISTORIA NATURAL

- La gran mayoría de los pacientes son asintomáticos: 70%
- Evolucionan a diverticulitis : 15-25%
- Evolucionan a sangrado: 5-15%

PRESENTACIONES CLÍNICAS:

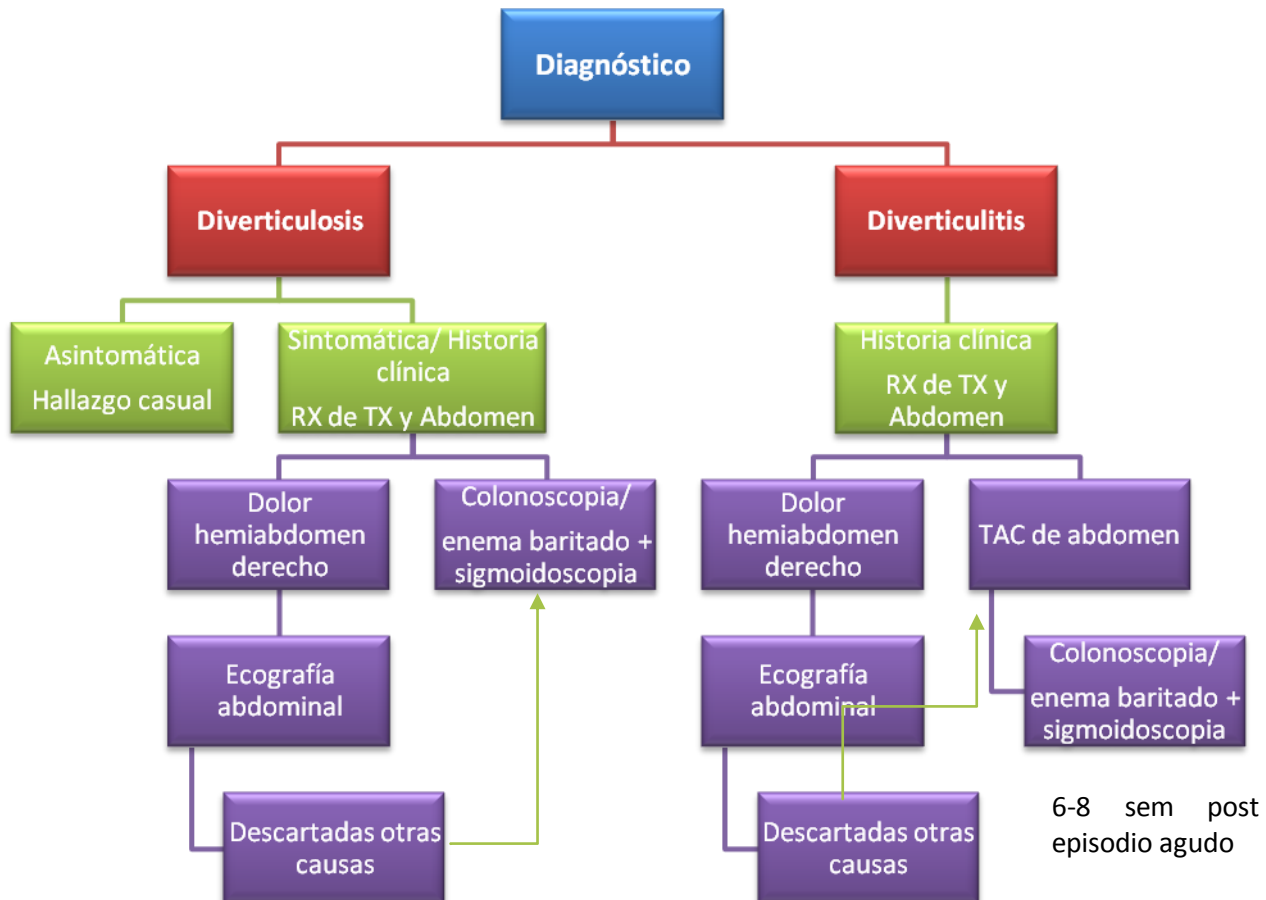
- La gran mayoría de los divertículos son asintomáticos y siendo un hallazgo en exámenes. Pero también puede haber una enfermedad diverticular con síntomas, o asociados las complicaciones antes enunciadas:
 - Diarrea crónica intermitente: en pacientes mayores que tienen diarreas crónicas y que se ha descartado otra etiología de su diarrea. Si un paciente empieza con diarrea, estudiar malabsorción de sales biliares, descartar una neoplasia y otras causas de diarrea crónica que pudiera tener cualquier paciente. Se maneja bien con antibióticos, por su etiología (sobre proliferación bacteriana) igual como ocurre en la diarrea de los diabéticos.
 - Hemorragia digestiva baja.
 - Diverticulitis
- Diverticulosis: divertículos asintomáticos.

Existe hoy un concepto de enfermedad diverticular dolorosa: un paciente que inicia después de los 50 o más años crisis recurrentes de dolor en fosa iliaca izquierda, mayor postprandial, con mucho meteorismo, similar a un colon irritable, formando parte de los diagnósticos diferenciales de neoplasia.

DIAGNÓSTICO

- Si es asintomático y es un hallazgo casual no se debiera hacer nada, pudiéndose recomendar el consumo de fibra.
- Si hay historia clínica, se puede seguir estudiando, como en el caso del dolor, descartando otras causas eventualmente con una colonoscopia (salvo en el caso de una diverticulitis por el riesgo de perforación), un enema baritado, una sigmoidoscopia.
- Muchas veces en la colonoscopia no se puede franquear el colon sigmoides por deformación y en ese caso es sugerible hacer un estudio con enema.

- En las diverticulitis la ecotomografía tiene un buen rendimiento, pero el mejor examen es la TAC en la cual se pueden apreciar alteraciones de la grasa pericolónica, engrosamiento de la pared, disminución del lumen y divertículos (en forma de manchas negras)
- En el esquema americano se asocia, para no hacer una colonoscopia completa, enema baritado más una sigmoidoscopia (colonoscopia izquierda).
- Si hay una diverticulitis indudablemente uno debiera ir a estudio.



TRATAMIENTO

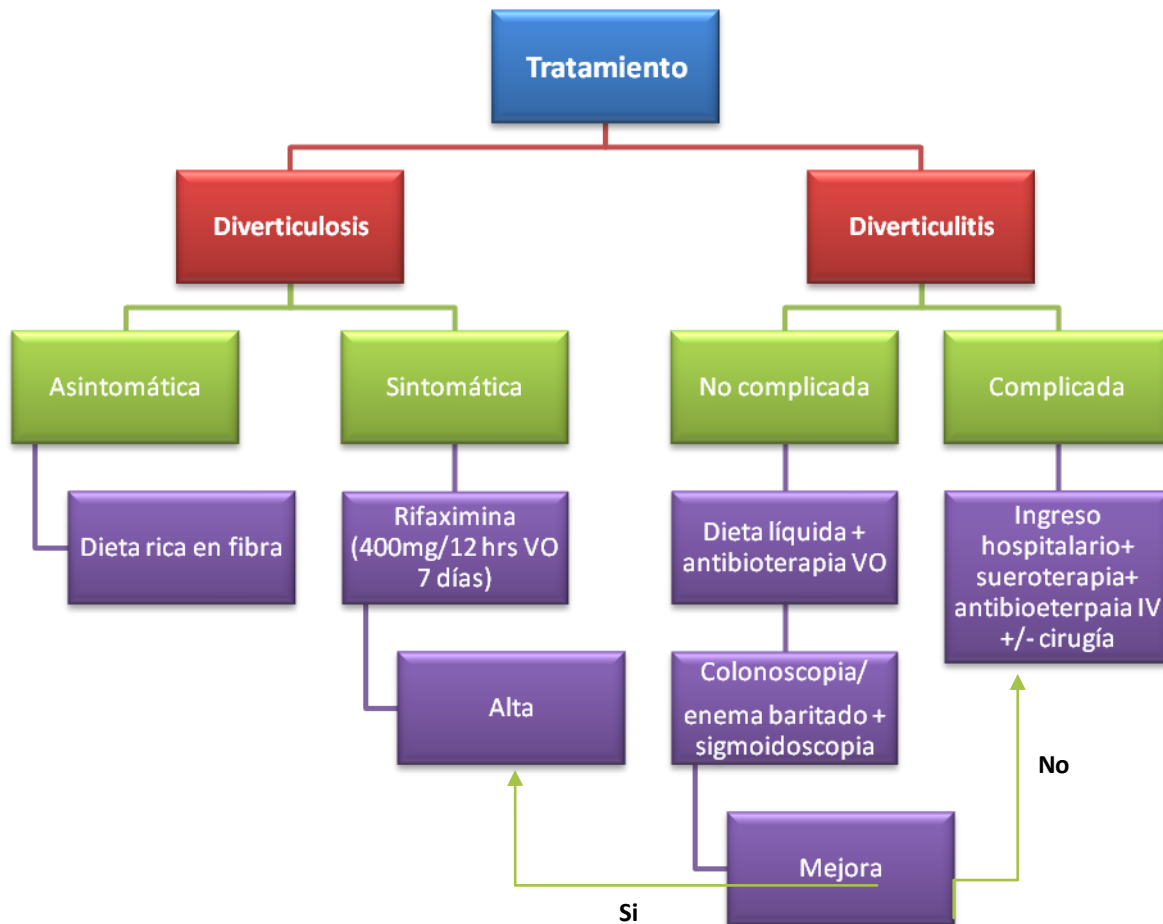
FIBRA:

Hay diversos estudios que demuestran que el consumo de 20 a 30 grs de fibra disminuye:

- Disminuye la posibilidad de tener diarrea o síntomas atribuibles a una enfermedad diverticular.
- El riesgo de tener complicaciones de estos divertículos.

ATB

- Cuando es sintomática se usa antibióticos en forma intermitente, debido a que muchas veces aquí los síntomas son diarrea, disconfort abdominal que se benefician con el uso de antibióticos.
- Cuando hay una diverticulitis no complicada el tratamiento es una dieta líquida y cuando es complicada hay que hospitalizar, con suero, régimen cero, antibioterapia, etc.



CUADROS ESPECIFICOS

DIVERTICULITIS

- Inflamación de los divertículos y tejido pericolónico.
- 10 a 20% de pacientes con diverticulosis la desarrolla.
- La clínica generalmente es pobre en el anciano :
 - Dolor intenso abdominal (FII), irritación peritoneal, fiebre, abdomen quirúrgico. Leucocitosis
 - Complicación: Perforación: absceso, neumaturia, fístulas.
- En diagnóstico es útil Ecotomografía y TAC (examen de elección).
- Colonoscopia en frío confirma patología y descarta neoplasia.
- 22–30% de los individuos que presentan un primer episodio de diverticulitis presentarán un segundo episodio. Por lo tanto en los pacientes que ya tuvieron un episodio habría que aumentar la fibra, etc.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES:

- Carcinoma de intestino – pielonefritis (no es infrecuente la consulta por dolor en fosa iliaca en pielonefritis y urolitiasis)
- EII – apendicitis (a veces pueden haber dolor en la línea media, sobretodo esos apéndices que caen hacia la pelvis)
- Colitis isquémica, que en general se manifiesta como diarrea y un poco más de dolor
- Síndrome de colon irritable
- Enfermedad inflamatoria pélvica

TRATAMIENTO MÉDICO

La gran mayoría de las diverticulitis son tratadas médicamente y corresponde a:

- Básicamente a un régimen líquido, pobre en residuos. Cuando se complica debe ser un régimen cero.
- Antibióticos:
 - 7 a 14 días.
 - Lo que más se tiende a usar es una cefalosporinas de tercera generación.
 - Otras opciones son: Amoxicilina/Acido clavulánico, Trimetoprim + sulfametoxazol, o Quinolona + Metronidazol durante 7–10 días. Si no hay respuesta en las primeras 48-72 horas deberá estudiarse más profundamente, buscando una colección intra-abdominal.
 - Es importante cubrir contra *E.coli* y *Bacteroides fragilis*
- Tratamiento hospitalizado: Pacientes con signos y síntomas severos (1–2% de los casos)

MANEJO QUIRÚRGICO

Dos tipos de cirugía:

CIRUGÍA DE URGENCIA: cuando existen complicaciones como:

- Perforación libre con peritonitis generalizada
- Obstrucción
- Absceso no pasible de drenaje percutáneo
- Fístulas
- Deterioro clínico o ausencia de mejoría ante el manejo conservador

CIRUGÍA DE ELECCIÓN: en aquellos pacientes que tienen:

- 2 ó más episodios de diverticulitis suficientemente severa como para determinar la hospitalización.
- Todo episodio de diverticulitis asociado a fuga de sustancia de contraste, síntomas obstructivos o incapacidad de diferenciar entre diverticulitis y cáncer.

Los pacientes jóvenes tienden a complicarse más y a tener más divertículos.

Las semillas no están contraindicadas, solamente tener cuidado con las pepas de sandía por el tamaño.

CRITERIOS DE NO FUNCIONAL

En general cuando un paciente tiene una historia de dolor abdominal o distensión abdominal o diarrea, prácticamente para lo que ustedes quieran. Si encuentran uno de estos criterios ustedes deben pensar que ese dolor no es funcional.

- Baja de peso
- Síntomas Nocturnos: el paciente despierta en la noche debido a los síntomas.
- Sangre en las Deposiciones
- Fiebre y CEG
- Inicio post 45 años

EN RESUMEN:

Es una patología de alta frecuencia de consulta en pacientes mayores, que puede ser sintomática y que en un 20-25% puede complicarse.