



Píldora: Tratamiento antibiótico, ¿sí o no?

Autor: Cristina Carretero

En esta píldora, vamos a revisar las indicaciones de tratamiento antibiótico en relación con la enfermedad diverticular del colon.

Diverticulosis sintomática no complicada

Recordemos que la enfermedad diverticular sintomática no complicada (SUDD) se caracteriza por la presencia de dolor abdominal, alteración del ritmo intestinal y distensión abdominal en un paciente con evidencia de divertículos. Debe hacerse un diagnóstico diferencial con el síndrome intestino irritable.

A diferencia de los pacientes con diverticulitis aguda, en los pacientes con SUDD, no se evidencia inflamación macroscópica, pero sí puede existir inflamación microscópica y elevación de citoquinas proinflamatorias. Se postula también como un mecanismo patogénico la presencia de disbiosis, con la disminución de la microbiota con actividad antiinflamatoria.

Teniendo en cuenta los mecanismos patogénicos que acabamos de señalar, se ha demostrado que la Rifaximina -un antibiótico de amplio espectro, no absorbible y eficaz contra bacterias Gram negativas, Gram positivas, aerobias y anaerobias, es eficaz en el manejo de estos pacientes. Una pauta cíclica de 400 mg/día durante siete días asociada a una dieta rica en fibra, ha mostrado una reducción significativa del riesgo de diverticulitis aguda comparado con un grupo control (2,9% en el grupo control vs 1,1% en el grupo de tratamiento) tras un año de tratamiento.



Diverticulitis aguda complicada

Recordemos la diverticulitis aguda complicada es aquella en la que aparecen abscesos, fístulas, obstrucción o perforación intestinal. Para elegir el mejor tratamiento hay que tener en cuenta la clasificación de Hinchey modificada.

CLASIFICACIÓN DE HINCHEY		TRATAMIENTO
0	Diverticulitis clínicamente moderada	Conservador
1a	Inflamación pericólica limitada, no absceso	Conservador
1b	Inflamación pericólica limitada con absceso	< 2 cm: conservador >2 cm: drenaje percutáneo
2	Absceso pélvico, retroperitoneal o a distancia	
3	Peritonitis generalizada, no comunicación con la luz intestinal	Cirugía urgente
4	Peritonitis fecaloidea, comunicación libre con la luz intestinal	

El tratamiento conservador incluye reposo intestinal, dieta líquida y antibióticos que cubran gérmenes gramnegativos y anaerobios.

Diverticulitis aguda no complicada

Los pacientes con diverticulitis aguda no complicada presentan dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda, que puede ser constante o intermitente, y fiebre. También pueden presentar cambios en el ritmo intestinal, anorexia, náuseas, vómitos y disuria por irritación vesical. En la exploración puede existir una masa palpable y signos de irritación peritoneal o de defensa. El diagnóstico requiere de una exploración de imagen, que puede ser la ecografía o el TAC, siendo este último de elección.

En cuanto a la necesidad de tratamiento antibiótico, en los últimos años ha habido un cambio de paradigma, secundaria la publicación de varios estudios como los ensayos clínicos *DIABOLO* y *AVOD*, que comparan tratamiento antibiótico frente no antibiótico



PROGRAMA DOCENTE ACADÉMICO
GASTROENTEROLOGÍA
Y HEPATOLOGÍA

en pacientes inmunocompetentes, no sépticos y con una diverticulitis aguda no complicada. Estos estudios han mostrado que no existen diferencias entre ambos grupos en relación con el tiempo de recuperación o de ingreso hospitalario, la tasa de diverticulitis complicada, la necesidad de cirugía durante el tiempo de seguimiento (11 años) y la tasa de recurrencia. Por ese motivo, varias guías clínicas sugieren ya no dar tratamiento antibiótico en pacientes inmunocompetentes que presenten una diverticulitis aguda no complicada salvo que se den las siguientes situaciones: paciente con comorbilidades, paciente frágil, presencia de síntomas refractarios, vómitos, PCR > 140 mg/L, > 15000 leucocitos/L, o la presencia de una diverticulitis no complicada con una colección fluida o un segmento largo de afectación en TAC.

No obstante, a pesar de que esta es la recomendación de las guías clínicas actuales, la práctica clínica real se aleja de esta situación. Un estudio de Estados Unidos, valora las barreras de implantación de esta medida, que se basan en que los médicos sienten preocupación si no dan antibióticos por la posibilidad de tener algún desenlace negativo, por no disponer de estudios aleatorizados realizados en Estados Unidos, porque sus colegas y hospitales cercanos sí administran tratamiento antibiótico, por las expectativas de los pacientes frente al tratamiento antibiótico, por posibles complicaciones médico legales, por no disponer de guías clínicas americanas que validen el no dar tratamiento antibiótico y por considerar que la calidad de la evidencia disponible hoy día es insuficiente para cambiar la práctica diaria.