



Seminario: Enfermedad diverticular del colon asintomática y sintomática no complicada.

Autor: Cristina Carretero

La enfermedad diverticular del colon es una entidad muy frecuente en países desarrollados y su prevalencia aumenta con la edad. La mayoría de los sujetos con diverticulosis (más del 80%), permanecen asintomáticos a lo largo de su vida.

En estos casos en los que no hay síntomas, suele recomendarse una dieta rica en fibra, sin embargo, la evidencia al respecto es contradictoria. A pesar de que no haya una evidencia fuerte a favor de la dieta rica en fibra para los pacientes con divertículos, se trata de una dieta que es parte esencial de un estilo de vida saludable, por lo que puede recomendarse. Un tópico sobre la dieta en los sujetos con divertículos ha sido recomendar que eviten el consumo de semillas, con el fin de que no obstruyan los divertículos, sin embargo, se ha demostrado que incluir semillas en la dieta de estos sujetos no supone un mayor riesgo de complicaciones.

[Diverticulosis sintomática no complicada \(SUDD\)](#)

Aunque la mayoría de los sujetos con divertículos son asintomáticos, algunos pacientes pueden presentar síntomas. Los síntomas más habituales son el dolor abdominal, la distensión y cambios en el ritmo intestinal. Estos síntomas son inespecíficos, y pueden verse en otras entidades, como por ejemplo en el síndrome de intestino irritable (SII). Asumiremos que un paciente tiene una diverticulosis sintomática no complicada (SUDD por sus siglas en inglés: *symptomatic uncomplicated diverticular disease*) si presenta los síntomas descritos anteriormente y podemos demostrar la presencia de divertículos en ausencia de inflamación.



La SUDD es una entidad de curso benigno, con una baja incidencia de complicaciones ya que menos de un 2% de los pacientes sufre episodios de diverticulitis y menos de un 1% requiere tratamiento quirúrgico por la presencia de síntomas crónicos.

En la exploración física de los pacientes con SUDD puede existir dolor o molestia a la palpación en fosa ilíaca izquierda, sin embargo, no encontraremos signos de irritación peritoneal.

Fisiopatología

La fisiopatología de la SUDD no es del todo bien conocida, postulándose varias teorías.:

- a) *Inflamación*: El estudio publicado por Horgan incluyó más de 900 pacientes con SUDD que fueron sometidos a cirugía. En ellos detectaron que aproximadamente el 75% tenían signos de inflamación peridiverticular de bajo grado en las biopsias de la pieza quirúrgica. Por otra parte, se ha propuesto que está inflamación sea responsable de una hipersensibilidad visceral y de cambios en la motilidad del colon. Además, algunos estudios han apoyado esta teoría inflamatoria demostrando que en estos pacientes existe una elevación de citoquinas pro-inflamatorias.

- b) *Microbiota*: La microbiota también puede tener un papel relevante en el desarrollo de la SUDD, ya que se ha podido comprobar que los pacientes con divertículos tienen niveles reducidos de bacterias con actividad antiinflamatoria (como por ejemplo *Fusobacterium* y *Lactobacillaceae*). Estos cambios en la microbiota pueden deberse a la estasis fecal secundaria a la dismotilidad del colon. El sobrecrecimiento bacteriano y la disbiosis crónica pueden promover inflamación a través de la producción anormal de metabolitos bacterianos. Como describiremos más adelante, un posible tratamiento es el uso de antibióticos cíclicos, que han mostrado ser eficaces



en la resolución de los síntomas de estos pacientes. Este dato apoya la teoría del papel de la microbiota en la fisiopatología de la SUDD.

Diagnóstico

Como se ha comentado previamente, el cuadro clínico (dolor abdominal, distensión y alteración del ritmo intestinal) es muy similar al que presentan los pacientes con SII, por lo que puede ser difícil diagnosticar esta entidad. Para diferenciarlos, hay que tener en cuenta que el dolor asociado a la SUDD generalmente se localiza en fosa iliaca izquierda, en lugar de ser difuso; suele ser mantenido, de varias horas de duración y generalmente no mejora con la deposición.

Además, para el diagnóstico de SUDD es necesario que los síntomas se desarrollen en un paciente con divertículos, por lo que es importante realizar una técnica de imagen que nos permita visualizarlos. Los métodos diagnósticos más frecuentemente utilizados son la TC, la colonografíaTC y la colonoscopia, teniendo todos un rendimiento diagnóstico similar para la detección de divertículos.

Otra posible herramienta diagnóstica son los biomarcadores, pudiendo utilizar la PCR o la calprotectina. Ambos son marcadores de inflamación y son inespecíficos. La PCR puede ser de utilidad para distinguir a los pacientes con SUDD de aquellos que presentan una diverticulitis aguda, mientras que la calprotectina en algunos pacientes con SUDD, podría estar mínimamente elevada por lo que permitiría diferenciarlos de un SII.

Tratamiento

Dieta rica en fibra

Al igual que en los pacientes con diverticulosis asintomática, históricamente se ha aconsejado una dieta rica en fibra para el manejo la diverticulosis sintomática no



complicada. También en este caso, el grado de evidencia de los estudios científicos es débil ya que la recomendación generalmente se basa en estudios observacionales.

A diferencia de la diverticulosis asintomática, en la SUDD uno de los principales inconvenientes que tiene el aumentar la fibra de la dieta, es que generalmente se hace a base de fibra insoluble (procedente del almidón), y ese tipo de fibra, por sus características puede aumentar la distensión y el meteorismo, por lo que los pacientes perciben un empeoramiento en sus síntomas. Por este motivo, en la SUDD se recomienda aumentar la fibra de la dieta a expensas de fibra soluble.

5-ASA

En la SUDD, por definición, no hay evidencia de inflamación macroscópica, sin embargo, hemos descrito previamente que hasta un 75% de los pacientes pueden presentar inflamación peridiverticular en la pieza quirúrgica y en algunos estudios también se ha descrito elevación de citoquinas proinflamatorias; por este motivo se ha valorado la posibilidad de administrar antiinflamatorios del tipo 5ASA. En una revisión sistemática que ha incluido más de 1000 pacientes, ha concluido que la mesalazina es superior al placebo para aliviar los síntomas, pero no ha mostrado eficacia para prevenir la recurrencia de diverticulitis. A pesar de estos datos favorables, los 5ASA no se recomiendan de forma sistemática ya que no existen suficientes estudios de buena calidad (como pueden ser estudios aleatorizados) que apoyen su uso.

Antibióticos y probióticos

La rifaximina es un antibiótico de amplio espectro no absorbible que ha demostrado mejorar los síntomas de los pacientes con SUDD. La pauta habitual de administración es



PROGRAMA DOCENTE ACADÉMICO
GASTROENTEROLOGÍA
Y HEPATOLOGÍA

de cuatro comprimidos al día durante una semana, repitiendo esta pauta de forma mensual.

Teniendo en cuenta la teoría fisiopatológica del papel de la microbiota en la SUD, otra posible herramienta terapéutica es el uso de probióticos. Este ha sido el objeto de una revisión sistemática que ha mostrado que la evidencia disponible hasta la fecha no permite obtener conclusiones sobre su uso en la SUD.

Cirugía

La cirugía no se considera como tratamiento de primera línea ya que los riesgos superan ampliamente a los beneficios. No obstante, en algunas situaciones, como por ejemplo en aquellos pacientes que no presentan una adecuada respuesta al tratamiento o ante la sospecha de una diverticulitis subclínica, se puede plantear el tratamiento quirúrgico.

Una cohorte de pacientes tratados quirúrgicamente por una diverticulosis sintomática no complicada, demostró que más del 75% de los pacientes obtuvo una remisión completa de los síntomas, manteniendo dicha remisión más allá de un año de seguimiento.