



ARTÍCULO DE OPINIÓN

Revisión del paradigma terapéutico en enfermedades benignas complejas: la enfermedad diverticular como modelo de evidencia

Review of the therapeutic paradigm in complex benign diseases: diverticular disease as an evidence model

Mileidys Jiménez Ortiz ^{1*}, <https://orcid.org/0000-0003-3207-2570>

Javier Carmona Riesgo ¹, <https://orcid.org/0000-0002-4528-1577>

Yania Estopiñales Ortega ¹, <https://orcid.org/0009-0000-6033-254X>

Yuniel Rosales Alcántara ¹, <https://orcid.org/0000-0001-8499-9285>

¹ Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico-Docente Faustino Pérez. Matanzas.

***Autor para correspondencia:** jimenezortizm@gmail.com

Recibido: 30/07/2024

Aceptado: 25/10/2024

Cómo citar este artículo: Jiménez-Ortiz M, Carmona-Riesgo J, Estopiñales-Ortega Y, Rosales-Alcántara Y. Revisión del paradigma terapéutico en enfermedades benignas complejas: la enfermedad diverticular como modelo de evidencia. MedEst [Internet] 2024. [citado fecha acceso]; 4(3):e337. Disponible en: <https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/337>

RESUMEN

La enfermedad diverticular del colon, tradicionalmente considerada una patología benigna de manejo estandarizado, ha experimentado una transformación significativa en su abordaje clínico durante la última década. El presente artículo de opinión analiza la transición desde estrategias intervencionistas hacia enfoques conservadores individualizados, fundamentados en evidencia reciente. Se discuten los cambios en el manejo

Los artículos de la Revista MedEst se comparten bajo los términos de la [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

Email: revmedest.mtz@infomed.sld.cu Sitio Web: www.revmedest.sld.cu



de la diverticulitis aguda no complicada, el rol selectivo de los antibióticos, las indicaciones quirúrgicas actualizadas y la importancia de la toma de decisiones compartida. Se concluye que incluso las patologías benignas requieren constante revisión crítica de su evidencia para optimizar resultados y preservar recursos sanitarios.

Palabras clave: enfermedad diverticular, diverticulitis aguda, manejo conservador, cirugía electiva, toma de decisiones compartida.

ABSTRACT

Diverticular disease of the colon, traditionally considered a benign condition with standardized management, has undergone a significant transformation in its clinical approach over the last decade. This opinion piece analyzes the transition from interventional strategies to individualized conservative approaches, based on recent evidence. Changes in the management of uncomplicated acute diverticulitis, the selective role of antibiotics, updated surgical indications, and the importance of shared decision-making are discussed. It is concluded that even benign conditions require constant critical review of the evidence to optimize outcomes and conserve healthcare resources.

Keywords: diverticular disease, acute diverticulitis, conservative management, elective surgery, shared decision-making.

Las enfermedades benignas del aparato digestivo, particularmente la enfermedad diverticular del colon, han sido históricamente abordadas con protocolos rígidos basados en la frecuencia de episodios y la clasificación anatómica. Sin embargo, la acumulación de evidencia científica robusta ha permitido cuestionar paradigmas establecidos, revelando que incluso en patologías consideradas "simples", el manejo requiere una individualización creciente. La enfermedad diverticular representa un modelo exemplar de esta evolución: su prevalencia creciente en poblaciones occidentales, combinada con la necesidad de optimizar recursos sanitarios, ha impulsado una revisión crítica de las estrategias terapéuticas convencionales ⁽¹⁾.

El objetivo del presente artículo es analizar los cambios fundamentales en el manejo de la enfermedad diverticular compleja, destacando cómo la evidencia contemporánea ha modificado las indicaciones de tratamiento médico versus quirúrgico, el uso de antibióticos y los criterios de hospitalización.

El Cambio de Paradigma en Diverticulitis Aguda No Complicada



El manejo tradicional de la diverticulitis aguda no complicada (clasificación Hinchey 0-Ia) incluía hospitalización rutinaria, ayuno, hidratación intravenosa y antibioterapia sistemática. Esta práctica, arraigada durante décadas, ha sido cuestionada por ensayos clínicos controlados recientes que demuestran la seguridad del manejo ambulatorial selectivo y el uso conservador de antibióticos ⁽²⁾.

Ensayos como AVOD, DIABOLO y DINAMO han establecido que el manejo sin antibióticos en pacientes con diverticulitis no complicada no se asocia con peores resultados en términos de complicaciones, recurrencias o mortalidad, además de reducir la duración de la estancia hospitalaria ⁽²⁾. La American Gastroenterological Association (AGA) y la American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS) ahora recomiendan el uso selectivo de antibióticos, reservándolos para pacientes con signos de infección sistémica significativa, comorbilidades graves o inmunosupresión ^(1, 6).

Esta transición representa un cambio de mentalidad fundamental: de tratar todas las diverticulitis agresivamente hacia una estratificación de riesgo que privilegia la observación y la individualización del tratamiento. Los autores consideran que este enfoque representa un avance significativo hacia la medicina de precisión en patologías previamente estandarizadas. El tratamiento oral ha demostrado ser tan efectivo como el intravenoso en pacientes seleccionados, facilitando el manejo ambulatorial y reduciendo costos sin comprometer la seguridad ⁽²⁾.

Manejo de la Diverticulitis Complicada: Entre la Conservación y la Cirugía

La diverticulitis complicada presenta un espectro de severidad que requiere decisión individualizada. Para abscesos pequeños (<4 cm), la terapia antibiótica puede ser suficiente, mientras que colecciones mayores benefician del drenaje percutáneo guiado por imagen, permitiendo diferir la cirugía electiva y reducir la morbilidad asociada a procedimientos de urgencia ^(2, 6).

En casos de peritonitis purulenta (Hinchey III), la controversia persiste respecto al lavado laparoscópico y drenaje versus la resección colónica. Aunque inicialmente prometedor, estudios como SCANDIV, DILALA y LOLA han mostrado que el lavado laparoscópico en Hinchey III se asocia con mayores tasas de peritonitis persistente y reintervenciones, limitando su indicación a casos muy seleccionados ⁽²⁾. Los autores plantean que, ante estos

resultados, la comunidad quirúrgica debe reconsiderar el entusiasmo inicial por el lavado laparoscópico y reservarlo para pacientes altamente seleccionados con contraindicaciones absolutas para resección.

Para peritonitis fecal (Hinchey IV), la cirugía resectiva sigue siendo el estándar, con preferencia por la anastomosis primaria con ileostomía de protección sobre la operación de Hartmann en pacientes estables, dado los mejores resultados funcionales y menores complicaciones demostrados en ensayos como DIVERTI y LADIES ⁽²⁾.

La Cirugía Electiva: Individualización versus Protocolo

La indicación de cirugía electiva tras episodios recurrentes de diverticulitis ha evolucionado significativamente. La recomendación tradicional de resección después de dos episodios ha sido sustituida por un enfoque individualizado basado en calidad de vida, persistencia de síntomas, inmunosupresión y riesgo de complicaciones ^(2, 6).

El ensayo LASER (2025) comparó resección sigmoidea electiva versus tratamiento conservador en pacientes con diverticulitis recurrente, complicada o dolorosa persistente. Los resultados mostraron que la cirugía previene recurrencias (14% versus 87%) sin aumentar complicaciones, aunque no mejoró significativamente la calidad de vida en análisis por intención de tratar. Notablemente, la alta tasa de cruce (32%) del grupo conservador hacia cirugía sugiere que la intervención temprana puede ser preferible en pacientes con baja calidad de vida inicial ⁽⁸⁾.

Los autores consideran que estos hallazgos enfatizan la necesidad de evaluación multidimensional que incluya factores del paciente, severidad de la enfermedad y preferencias informadas, más allá del simple conteo de episodios. Además, los autores proponen que la decisión quirúrgica debe realizarse en el contexto de una consulta multidisciplinaria que valore no solo la anatomía, sino también el impacto funcional y psicológico de la enfermedad recurrente.

Consideraciones Especiales y Poblaciones Vulnerables

La individualización del manejo adquiere mayor relevancia en poblaciones especiales. Los pacientes inmunocomprometidos presentan mayor riesgo de complicaciones y mortalidad, requiriendo un umbral más bajo para indicación quirúrgica ^(1,2). En adultos mayores, la fragilidad y las comorbilidades deben ponderarse cuidadosamente: el manejo conservador se prioriza, pero con

vigilancia estrecha dado el mayor riesgo de fracaso no operatorio en perforaciones ⁽¹⁾.

Los autores señalan que la atención en adultos mayores representa un desafío particular, donde la medicina basada en evidencia debe equilibrarse con el enfoque geriátrico integral. La diverticulitis en colon derecho, más prevalente en Asia, generalmente tiene mejor pronóstico y puede manejarse conservadoramente en la mayoría de los casos, ilustrando cómo la epidemiología regional influye en las estrategias terapéuticas ⁽²⁾.

La enfermedad diverticular ejemplifica cómo las patologías benignas complejas requieren constante revisión de su manejo basado en evidencia actualizada. Los cambios fundamentales incluyen: (1) el abandono de la antibioterapia sistemática en diverticulitis no complicada; (2) la individualización de la cirugía electiva más allá del conteo de episodios; (3) la preferencia por anastomosis primaria sobre Hartmann en cirugía de urgencia seleccionada; y (4) la importancia de la toma de decisiones compartida considerando calidad de vida y comorbilidades.

Los autores concluyen que esta evolución hacia un manejo más conservador y personalizado no implica menor rigor, sino todo lo contrario: exige una comprensión profunda de la evidencia, habilidades de estratificación de riesgo y comunicación efectiva con el paciente. Los coloproctólogos deben liderar esta transición, promoviendo prácticas basadas en evidencia que optimicen resultados clínicos y preserven recursos sanitarios. Finalmente, los autores sugieren que futuras investigaciones deben enfocarse en identificar biomarcadores predictivos de recurrencia y complicaciones, permitiendo una estratificación de riesgo aún más precisa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carabotti M, Sbarigia C, Cuomo R, et al. Italian guidelines for the diagnosis and management of colonic diverticulosis and diverticular disease. Dig Liver Dis. 2024;56(12):1989-2003. doi:10.1016/j.dld.2024.06.031
2. Wu S, Al Khaldi M, Richard CS, Dagbert F. Diverticulitis: A Review of Current and Emerging Practice-Changing Evidence. Clin Colon Rectal Surg. 2024;37(6):359-367. doi:10.1055/s-0043-1777439
3. Surgical management of complicated diverticulitis: systematic review and individual patient data network meta-analysis: An EAES/ESCP collaborative project. Surg Endosc. 2024. doi:10.1007/s00464-024-11234-9



4. Garfinkle R, Boutros M. Current Management of Diverticulitis. Adv Surg. 2024;58(1):87-106. doi:10.1016/j.yasu.2024.04.017
5. Hall J, Hardiman K, Lee S, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Left-Sided Colonic Diverticulitis. Dis Colon Rectum. 2020;63(6):728-747. doi:10.1097/DCR.0000000000001679
6. Estrada-Rodríguez Y, Jiménez-Ortiz M, Rosales-Alcántara Y. Actualización fisiopatológica y terapéutica de los divertículos de colon. MedEst [Internet]. 2023 [citado 27/07/2024];3(1):e145. Disponible en: <https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/145>
7. Pateneau C, Lyden C. Diagnosis and management of diverticular disease in primary care. Nurse Pract. 2024;49(11):23-29. doi:10.1097/01.NPR.0000000000000243
8. Mohamedahmed AY, Zaman S, Das N, et al. Systematic review and meta-analysis of the management of acute uncomplicated diverticulitis: time to change traditional practice. Int J Colorectal Dis. 2024;39(1):57. doi:10.1007/s00384-024-04618-7
9. Enfermedad diverticular complicada: toma de posición sobre tratamiento ambulatorio. Cir Esp. 2017;95(9):553-562.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del presente artículo.

