

¿Ha cambiado la epidemiología de la Diverticulitis Aguda en los servicios de urgencia? Experiencia en un hospital de alto nivel de complejidad de Sur América

Mónica Martínez-Mardones¹, Heinz Dauelsberg², Vicente Hernández-Peña³, Anamaria Pacheco⁴, Verónica Azabache⁵, Josseline Peña⁶, Valentina Garlaschi⁷, Bárbara Valle⁸, Paula Cornejo⁹, Paz Alejandra Rodríguez¹⁰

RESUMEN

Introducción: La diverticulitis aguda (DA) es un diagnóstico frecuente en los servicios de urgencias. En los últimos años se ha planteado un cambio en el perfil epidemiológico. El objetivo principal es evaluar si ha existido un cambio en la epidemiología de la DA en nuestro centro, con énfasis en diverticulitis aguda complicada (DAC).

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes ingresados con diagnóstico de diverticulitis aguda al Hospital Urgencia Asistencia Pública, entre enero de 2011 y diciembre de 2016. Se describen variables demográficas, clínicas y mortalidad.

Resultados: De 54.454 egresos totales, 368 casos (0.7%) corresponden a DA. El 65% son mujeres, con una mediana de edad de 61 años. 24,7% de las DA se presentan en menores de 50 años, con predominio masculino (78%). 88 pacientes (24%) corresponden a diverticulitis aguda complicada (DAC). De estas, 45 pacientes (51.13%) se presentaron con peritonitis, correspondiendo 22.2% a menores de 50 años. Respecto a Hinchey, 26 pacientes (29.54%) fueron catalogados como Hinchey I; 19.31% en Hinchey II, 34.09% Hinchey III y 17.04% Hinchey IV. En cuanto al tratamiento de las DAC, se realizó manejo médico en 39.8% de los casos y de los procedimientos invasivos, el más frecuente fue la cirugía tipo Hartmann (31.8%).

Conclusión: Destaca el aumento de la diverticulitis perforada y la incidencia en menores de 50 años, siendo principalmente hombres. Esto da cuenta del cambio epidemiológico de la DAC, con aumento de casos en pacientes más jóvenes, con complicaciones más graves, sin embargo, con mejor pronóstico.

Palabras claves: Diverticulitis aguda, Diverticulitis complicada, Epidemiología enfermedad diverticular, Urgencia en diverticulitis.

ABSTRACT

Introduction: Acute diverticulitis (AD) is a frequent diagnosis in the emergency services. In recent years, there has been a change in the epidemiology profile of this disease. The main objective is to assess whether there has been a change in the epidemiology of AD in our center, with an emphasis on complicated acute diverticulitis (CAD).

Materials and methods: Retrospective descriptive study of patients admitted with diagnosis of acute diverticulitis to the Public Assistance Emergency Hospital, between January 2011 and December 2016. Demographic, clinical, and mortality variables are described.

Results: Of 54,454 total discharges, 368 (0.7%) cases correspond to AD; 65% are women, with a median age of 61 years; 24.7% of AD occur in those younger than 50 years, with male predominance (78%); and 88 patients (24%) correspond to complicated acute diverticulitis (CAD). Of these, 45 (51.13%) patients presented with peritonitis, 22.2% corresponding to those under 50 years of age. Regarding Hinchey, 26 (29.54%) patients were classified as Hinchey I; 19.31% in Hinchey II, 34.09% Hinchey III and 17.04% Hinchey IV. The treatment of CAD included medical management was performed in 39.8% of cases and invasive procedures, the most frequent being Hartmann's procedure (31.8%).

Conclusion: The increase in perforated diverticulitis and the incidence under 50 years of age stand out, being mainly men. This accounts for the epidemiological change in CAD, with an increase in cases in younger patients, with more serious complications, however, with a better prognosis.

Keywords: Acute diverticulitis, Complicated diverticulitis, Diverticular disease epidemiology, Emergency diverticulitis.

Panamerican Journal of Trauma, Critical Care & Emergency Surgery (2020): 10.5005/jp-journals-10030-1290

INTRODUCCIÓN

La enfermedad diverticular (ED) comprende todo el espectro de manifestaciones clínicas relacionadas con la presencia de divertículos en el colon, los cuales los definimos como herniaciones saculares de la mucosa y submucosa, que protruyen a través de zonas de debilidad de la pared del colon, principalmente donde penetran los vasos sanguíneos.^{1,2} La inflamación e infección de la pared intestinal del divertículo, es definida como diverticulitis aguda (DA), cuya fisiopatología se basa en las microperforaciones de los divertículos.³

La DA es un diagnóstico frecuente en los servicios de urgencias que se asocia a gran morbilidad y altos costos en salud.^{2,3} En los últimos años se ha planteado que existe un cambio en el patrón de presentación de esta enfermedad, en cuanto a la edad aparición,

¹Docente, Escuela de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

^{2,3,6-9}Escuela de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

^{4,5,10}Departamento de Cirugía, Hospital Urgencia Asistencia Pública, Santiago, Chile

Corresponding Author: Mónica Martínez-Mardones, Docente, Escuela de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile, Phone: +56992334858, e-mail: monica.belen.martinez@gmail.com

How to cite this article: Martínez-Mardones M, Dauelsberg H, Hernández-Peña V, et al. ¿Ha cambiado la epidemiología de la Diverticulitis Aguda en los servicios de urgencia? Experiencia en un hospital de alto nivel de complejidad de Sur América. *Panam J Trauma Crit Care Emerg Surg* 2020;9(3):213-217.

tipo de complicación y gravedad de los pacientes, evidenciando un aumento en menores de 50 años.¹⁻⁵ Un estudio realizado en minnesota, USA, desde 1980 hasta 2007, demostró que la incidencia de diverticulitis aguda en individuos de 40 a 49 años aumentó en un 132%.³ En 2009, se publicó un estudio con la base de datos de la Nationwide Inpatient Sample (NIS) en el que se analizaron los ingresos por diverticulitis aguda entre los años 1998 y 2005, el que evidenció un aumento en un 26% en las admisiones por este diagnóstico, y en individuos entre 18 a 44 la tasa de admisión aumentó en un 82%.⁵ Actualmente en nuestro país, no contamos con datos estadísticos acerca del perfil epidemiológico de los pacientes con diverticulitis.

Dentro de los factores de riesgo para producir esta enfermedad destaca la dieta baja en fibra y alta en carnes rojas y carbohidratos refinados. Otros factores de riesgo descritos se encuentran el tabaquismo, uso de Antiinflamatorios No Esteroidales (AINES), sedentarismo, constipación crónica y obesidad.⁶⁻⁹

La DA se clasifica en complicada y no complicada, y aproximadamente un 12% de los pacientes con diverticulitis se presentará con una complicación.^{2,3,10} La diverticulitis complicada (DC) se define como aquella diverticulitis que se presenta con absceso, fístula, obstrucción o peritonitis. La perforación puede llevar a la formación de un absceso (local o a distancia) o una peritonitis difusa, purulenta o fecaloidea.^{2,3}

Tradicionalmente se ha utilizado la clasificación de Hinchey para subdividir la diverticulitis aguda complicada (DAC) según el grado y extensión del proceso inflamatorio-infeccioso. Esta abarca 4 estadios evolutivos que se enumeran del 1 al 4 (1: absceso mesocólico/pericólico, 2: absceso pélvico, 3: peritonitis purulenta, 4: peritonitis fecaloidea).^{2,3,11}

El objetivo principal de este trabajo es evaluar si ha existido un cambio en la epidemiología de la diverticulitis aguda en nuestro centro, con respecto a lo publicado en la literatura en los últimos años. El objetivo secundario es analizar las variables sociodemográficas, clínicas y desenlace de pacientes con diverticulitis aguda, con énfasis en diverticulitis complicada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo descriptivo de la cohorte de pacientes ingresados con diagnóstico de diverticulitis aguda al Hospital Urgencia Asistencia Pública (HUAP) en Santiago de Chile, entre enero de 2011 y diciembre de 2016. La información de la población estudiada se extrajo de la base de datos electrónica del análisis de gestión clínica asociada a la producción hospitalaria y registros de fichas clínicas de nuestro centro. Esta base de datos contiene registros demográficos, datos clínicos y resultado de alta de los pacientes. Los criterios de inclusión en base a los cuales se analizó la calidad de la información obtenida, fueron los siguientes: Todo paciente cuya categorización diagnóstica principal de la clasificación internacional de enfermedades CIE 10 fue enfermedad diverticular del intestino. Se incluye la enfermedad diverticular aguda definida como la inflamación e infección de un divertículo de la pared intestinal^{3,5} y la diverticulitis complicada que se define como diverticulitis asociada a peritonitis, absceso, obstrucción o fístula. Se realizó tomografía computada o ecografía abdominal a los pacientes para su clasificación. Los criterios de exclusión fueron: Pacientes que presentan diverticulitis de otros segmentos del intestino que no sea colon y pacientes que durante la hospitalización presentan diagnóstico que finalmente no correspondía a diverticulitis aguda.

Source of support: Nil

Conflict of interest: None

Las variables extraídas fueron edad, sexo, diagnóstico de ingreso, estadía hospitalaria, comorbilidades, complicación asociada, tipo de manejo, intervenciones quirúrgicas, tasa de reingresos, mortalidad. En aquellos con diagnóstico de diverticulitis aguda complicada, además se analizaron datos de laboratorio, clasificación de Hinchey, manejo antibiótico, tipo de cirugía, necesidad de reintervención quirúrgica. Para el análisis de los datos se utilizaron medidas de estadística descriptiva como valores absolutos, promedios, mediana, porcentaje y rangos. Se realizaron con el programa STATA® versión 14.0 (Stata Corporation, College Station, Texas).

RESULTADOS

En el periodo de estudio comprendido entre los años 2011 y 2016, correspondiente a 54.454 egresos totales en nuestra institución, 368 casos (0.7%) corresponden a diverticulitis aguda (simple o complicada). Predomina el sexo femenino con un 65% del total. La mediana de edad de presentación de los pacientes con DA fue de 61 años (rango de edad de 18 a 98 años), que al ser analizados según género, se evidenció que las mujeres presentaron una mediana de edad mayor que los hombres (65 vs 50 años). De los pacientes ingresados con DA el 24.7% son menores de 50 años, siendo de estos un 78% hombres. Al desglosar los datos según el sexo, el 50% de los pacientes de sexo masculino presentan edad bajo los 50 años y solo el 11.25% del sexo femenino. Al analizar los resultados de cada año por separado, no se obtuvieron diferencias significativas en relación con el número de pacientes ingresados, ni rango etario de estos.

Dentro de las comorbilidades de los pacientes, se obtuvo que el 73.9% presenta alguna enfermedad crónica previa, siendo la más frecuentes la hipertensión arterial (56%), seguida de la diabetes mellitus tipo 2 (26%) y tabaquismo (23%).

Del total de casos de DA, se encontró que 88 pacientes (24%) corresponden a diverticulitis aguda complicada (DAC), 82 casos correspondientes a colon izquierdo y 6 a colon derecho. La mayor proporción de pacientes pertenecen al género femenino (58%). En cuanto a la edad de presentación de las DAC, la mediana fue 59 años (rango de edad 24 a 93 años), siendo en mujeres de 65 años y hombres 49 años. El 26.1% corresponden a pacientes menores de 50 años, de los cuales la mayor proporción pertenece al género masculino (82.6%). Al analizar los datos por sexo, se obtiene que el 51.35% de los hombres tienen menos de 50 años y solo 7.8% de las mujeres. La distribución de pacientes por edad se presenta en la Figure 1.

Al estudiar el antecedente de historia previa de diverticulitis aguda en pacientes con DAC, se obtuvo que el 86.4% no presentaba episodios previos.

Se analizaron el global de complicaciones con respecto al número total de pacientes con diverticulitis aguda, se obtuvo que un 11.6% se presentó con peritonitis, un 9.5% con absceso, 2.17% con fístulas y absceso, 0.54% fístula con peritonitis, 0.27% con obstrucción intestinal asociado a peritonitis. La distribución de complicaciones agudas se presenta en la Figure 2.

Al analizar los tipos de complicaciones agudas (88 pacientes totales), se obtuvo como resultados que 45 pacientes (51.1%) con DAC se presentaron con peritonitis (Hinchey III o IV), de los cuales el 22.2% corresponde a pacientes menores de 50 años. De los

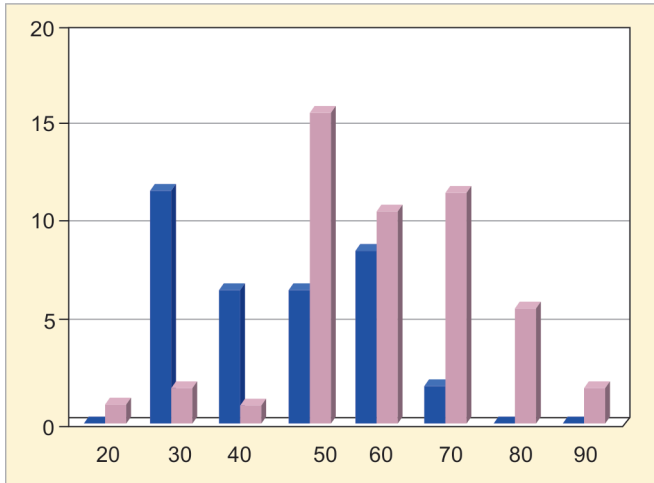


Fig. 1: Distribución por edad de pacientes con diverticulitis aguda complicada ingresados 2011–2016. Hospital Urgencias Asistencia Pública

Table 1: Clasificación de Hinchey

Hinchey	Total de pacientes (n)	Porcentaje (%)
I	26	29.54
II	17	19.31
III	30	34.09
IV	15	17.04

Table 2: Tipo de manejo realizado

Manejo	Total de pacientes (n)	Porcentaje (%)
Manejo médico	35	39.77
Cirugía tipo Hartmann	28	31.81
Laparoscopia + aseo quirúrgico	7	7.95
Laparotomía + aseo quirúrgico	7	7.95
Drenaje percutáneo	4	4.45
Sigmoidectomía + anastomosis colorrectal	1	1.13
Otros	6	6.81

43 pacientes restantes (48.9%) que se presentaron como DAC con absceso (Hinchey I y II), su localización más frecuente fue el colon sigmoides (62.5%).

La Table 1 muestra la distribución de la clasificación de Hinchey obtenida de la categorización del total de pacientes con diagnóstico de diverticulitis aguda complicada.

Al revisar los datos respecto al tratamiento de los pacientes con diagnóstico de DAC, se obtuvo que se realizó manejo médico en 35 pacientes (39.8%), siendo ceftriaxona con metronidazol el esquema antimicrobiano más utilizado con un 92% de los casos. No obstante, hubo necesidad de escalar en el esquema antibiótico en 15 pacientes (17%). Se realizó algún manejo invasivo, ya sea intervencional o quirúrgico en 53 pacientes (60.2%) y del total de pacientes con DAC, el procedimiento invasivo más frecuente llevado a cabo, fue la cirugía tipo Hartmann (31.8%). Las intervenciones realizadas se describen en la Table 2. De los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos, se obtuvo que el 15.9% requirieron reintervención quirúrgica.

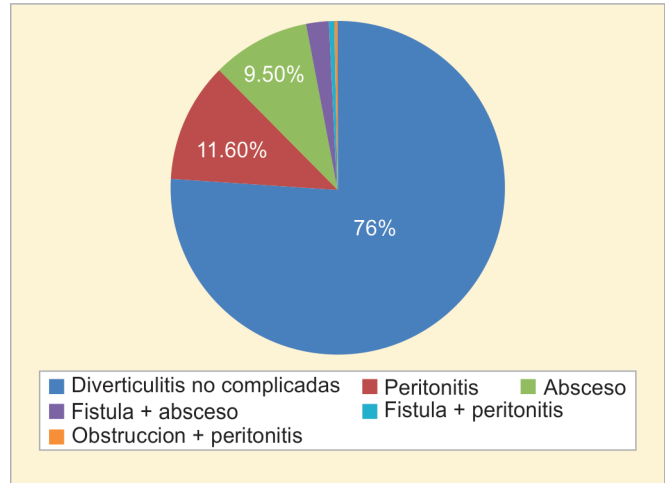


Fig. 2: Distribución de pacientes con diverticulitis aguda

Se evaluó el estado de gravedad de los pacientes con diagnóstico de diverticulitis aguda complicada, se obtuvo que el 30.6% presentaron criterios de sepsis y de estos, el 55% evolucionaron con falla orgánica múltiple (FOM), finalmente falleciendo el 9% de los pacientes diagnosticados con DAC, que al ser desglosados según la clasificación de Hinchey, se obtuvo 0% fallecimientos en Hinchey I, 1.13% en Hinchey II, 2.27% en Hinchey III y 5.68% corresponden a la clasificación Hinchey IV.

La estadía hospitalaria media fue de 6.9 días. Se observó una tasa de mortalidad de 3.5%, pero al separar el grupo completo por nivel de severidad (entendido como nivel de descompensación, pérdida de función de un órgano o sistema), en nivel 3 que es el máximo, presentó una mortalidad de 26.2%, con una estadía media de 18 días. Tuvimos 10 reingresos al servicio de urgencias.

DISCUSIÓN

En este estudio se presentan los resultados del análisis de un grupo de pacientes con diagnóstico de diverticulitis aguda, evaluados en un centro de urgencia de alta complejidad, destacando una concordancia en nuestros resultados, con los últimos estudios publicados en la literatura, respecto al comportamiento epidemiológico actual de esta enfermedad.

En los Estados Unidos (EEUU) la diverticulitis aguda es altamente prevalente.^{11,12} Esto se debe a que >50% de la población estadounidense mayor de 60 años tiene diverticulosis, provocando un aumento en las visitas ambulatorias (>2.7 millones por año) y de ingresos hospitalarios (>200.000 ingresos), generando un costo de >2 mil millones de dólares anuales.¹² En cuanto a su incidencia, diferentes estudios publicados en los últimos años como los de Wheat et al.,¹³ Broad et al.¹⁴ y Feuerstein et al.,¹⁵ sugieren que va en aumento, especialmente en países industrializados y en los pacientes menores de 50 años.^{4,13-15} Se estima que en aquellos pacientes menores de 50 años existe una preponderancia masculina, la cual se invierte posterior a esta edad, siendo marcadamente mayor el género femenino en pacientes sobre los 70 años. La incidencia entre los mayores de 85 años es aproximadamente diez veces mayor que entre los 30 y 55 años.^{6,16}

En nuestro trabajo evidenciamos un elevado número de pacientes diagnosticados con DA que son menores de 50 años, llegando a representar al 24.7% de estos y el 26.1% de los pacientes con diverticulitis complicada, lo cual llama la atención ya que

clásicamente esta enfermedad se asocia a pacientes de mayor edad y en general se estima una prevalencia del 13% en este grupo.¹⁷

Nuestros datos concuerdan con los resultados de series más actuales, como el estudio publicado por Templeton et al.¹⁸ quien ha reportado que existe un aumento de los ingresos por diverticulitis aguda en pacientes bajo 45 años en el último tiempo.

Además, destaca que en aquellos pacientes ingresados bajo 50 años, el 78% corresponde a hombres, siendo incluso este número aún más elevado en aquellos pacientes con diagnóstico de DAC, llegando a representar el 82.6%, obteniendo resultados similares a los reportados en estudios actuales como los de Broad et al.¹⁴ y Vather et al.¹⁶ Sin embargo, no se evidencia un cambio epidemiológico categórico en las pacientes de sexo femenino, las cuales siguen predominando en edades mayores de 50 años, llegando a representar al 76.9% de los pacientes sobre esta edad.

Si analizamos los datos globales por género en pacientes con DA, destaca que la proporción de mujeres casi duplican en número a los pacientes de sexo masculino (65% vs 35%), asociado a un promedio de edad mayor en el género femenino y un índice de mortalidad levemente inferior. Al contrastar estos datos con la literatura, se observan diferencias en cuanto al género predominante, debido que habitualmente se describe que no existen diferencias significativas en cuanto a la prevalencia de enfermedad diverticular respecto a hombres o mujeres, lo cual difiere con nuestros resultados. Sin embargo, al comparar la distribución de sexo vs edad con la literatura actual, obtenemos datos similares, ya que se ha descrito que a edades bajo los 50 años se presenta una mayor proporción del sexo masculino, tal como en nuestra casuística (78% de los menores de 50 años son hombres), y a medida que aumenta la edad se invierte la proporción presentando un predominio femenino, al igual que en nuestros resultados (76.9% de los mayores de 50 años son mujeres).

Además diferentes estudios han concluido que existe una mayor proporción de hombres con diverticulitis complicada, lo cual no concuerda con los resultados encontrados en nuestra serie (58% de las diverticulitis complicadas fueron en mujeres).

Respecto al total de consultas por diverticulitis aguda en nuestro centro, se presentó un elevado número de pacientes con diverticulitis no complicada, llegando a representar el 76% de los egresos con DA de nuestro hospital. Esto se explica, porque nuestro centro no cuenta con protocolos de manejo ambulatorio de DA no complicadas, por lo que cualquier diagnóstico diverticular, en general se maneja en forma hospitalizada y el diagnóstico se realiza siempre por imagen (tomografía computada de abdomen y pelvis o ecografía abdominal).

En la literatura, existen diferentes estudios que reportan que la enfermedad diverticular aguda se complica entre 10–25%.^{4,10,19,20} La complicación más frecuente es la microperforación con absceso estimada en un 69%, seguido a la perforación con peritonitis correspondiente al 27%.⁴ El porcentaje de complicaciones totales coincide con nuestros resultados, pues el 24% de nuestros pacientes con diverticulitis aguda presentó una complicación asociada, sin embargo, en nuestra casuística, la cantidad de pacientes complicados con peritonitis, es decir que pertenecen a la clasificación Hinchey III y IV, es bastante mayor respecto a lo que informa la literatura, llegando en nuestra serie a representar al 51.13% de la enfermedad diverticular complicada.

Al analizar las publicaciones y el manejo de estos pacientes, encontramos que en general se estima que el 10% de los pacientes que ingresan con diagnóstico de diverticulitis aguda requieren

de manejo invasivo,⁶ lo cual difiere levemente con nuestros datos obtenidos, ya que presentamos mayores porcentajes de paciente que necesitaron manejo no médico, llegando al 14.4% de todos los pacientes con DA y el 60.2% de los pacientes con diagnóstico de diverticulitis complicada. Además, en la literatura se describe que de los pacientes ingresados con DAC, entre el 10–20% requiere cirugía de urgencia,²¹ lo cual es una cifra que se encuentra por debajo de nuestros resultados, en donde el manejo quirúrgico se realizó en el 55.68% de los pacientes ingresados. Destaca en este grupo de pacientes que un gran porcentaje de ellos fue sometido a cirugía tipo Hartmann, llegando a un 31.81% de las DAC. Esto es interesante, dado que discrepa en gran parte con el manejo quirúrgico de las diverticulitis agudas realizado en países como EEUU, en donde la DA es la principal indicación de cirugía electiva de colon, siendo gran parte de las DAC, manejadas con Radiología Intervencional (RI), y posteriormente resección laparoscópica electiva.^{22,23}

Esta diferencia del manejo quirúrgico, puede estar en contexto de el gran porcentaje de pacientes con peritonitis purulenta o fecaloidea (Hinchey III y IV), presentes en nuestra casuística, los cuales, dado la complicación presentada, tienen indicación de realizar una cirugía de urgencia tipo Hartmann. Además, cabe destacar que en nuestro medio actualmente existe una baja disponibilidad de personal médico capacitado en RI como falta de infraestructura necesaria para realizar procedimientos de radiología intervencional, por lo tanto, es esperable la baja cantidad de pacientes sometidos a estos procedimientos. Sumado a lo anterior, al ser nuestro hospital, un hospital que solo atiende patologías de urgencia, la cantidad de pacientes que se someten a cirugías electivas es casi nulo, y no contamos con la cifra de pacientes que posterior a un manejo no quirúrgico en una DA fueron sometidos a cirugía laparoscópica electiva en otro centro. Sin embargo, pese al alto número de pacientes con diagnóstico de DAC que fueron sometido a cirugía de urgencias, la mortalidad reportada en este grupo de pacientes fue 14.28%, lo cual se encuentra bajo las tasas descritas en la literatura, en donde diferentes estudios en EE.UU reportan cifras de mortalidad del 15 a 25% en este grupo de pacientes.²⁴ Estos resultados es posible que sean explicados por el enfoque y destreza en manejo de urgencias de los equipos quirúrgicos de nuestro centro, sumado al gran número de pacientes menores de 50 años sin comorbilidades los cuales, al tener una mejor condición de salud, logran resistir el manejo quirúrgico que se les realiza.

Los datos analizados en nuestro trabajo son hallazgos interesantes del perfil de pacientes que están actualmente consultando con diagnóstico de DA, ya que nos podría estar evidenciando un cambio en la epidemiología clásica descrita en los pacientes con diverticulitis aguda en nuestro país, tal como se ha ido demostrando en diferentes estudios a nivel mundial, presentándose actualmente en pacientes más jóvenes, aumentando en aquellos bajo los 50 años, siendo predominantemente hombres quienes se manifiestan con complicaciones más graves, sin embargo, presentando tasas de mortalidad más bajas que las que se publican en la literatura.

Sabemos que nuestro artículo tiene debilidades y fortalezas. Dentro de las debilidades, entendemos que por ser un trabajo descriptivo, podemos tener pérdida de información y sesgos importantes, además debemos reconocer como debilidad el elevado número de pacientes con clasificación Hinchey I y II, quienes por definición debieron ser manejados con tratamiento médico y/o drenaje percutáneo, en nuestro centro, dado la falta de personal capacitado para realizar medicina intervencional,

fueron llevados a cirugía para su resolución. Dentro de fortalezas podemos destacar que nuestro estudio comprende un periodo de tiempo considerable, con un gran número de pacientes en nuestro hospital, el cual es 100% de atención de urgencia, sin presentar consultas electivas, por ello, nuestra casuística podría representar el comportamiento de la diverticulitis aguda complicada en los distintos servicios de urgencia de nuestro país. No obstante, en algunos de los resultados que obtuvimos, como mortalidad y tasa de complicaciones, no pueden ser extrapolados a los distintos servicios de urgencias de Chile, ya que depende de la experiencia de cada equipo médico y quirúrgico en la resolución de este tipo de patología y sus diferentes complicaciones.

CONCLUSIÓN

En conclusión, destacamos en nuestro centro que la diverticulitis aguda complicada con peritonitis, predomina en el sexo femenino, con promedio de edad mayor y mortalidad levemente inferior, en relación a los datos publicados en la literatura. Además, resaltamos que nuestra institución ha presentado un cambio en el perfil epidemiológico clásico de la DAC, específicamente en la edad de presentación, tipo de complicación y gravedad de los pacientes. Al compararnos con los últimos reportes que son tendencia a nivel mundial sobre la epidemiología de esta enfermedad, hemos obtenido resultados similares a los de ellos, como el aumento de los casos de pacientes menores de 50 años, principalmente de sexo masculino, con complicaciones más graves, sin embargo, con mejor pronóstico justificado en su baja tasa de mortalidad.^{3,13,18,19} De esta manera, hemos planteado un posible cambio en la epidemiología de la diverticulitis aguda complicada, tal como se ha publicado en los últimos estudios sobre el comportamiento de esta enfermedad a nivel mundial.

REFERENCES

- Gregersen R, Mortensen LQ, Burcharth J, et al. Treatment of patients with acute colonic diverticulitis complicated by abscess formation: a systematic review. *Int J Surg* 2016;35:201–208. DOI: 10.1016/j.ijsu.2016.10.006.
- Bharucha AE, Parthasarathy G, Ditah I, et al. Temporal trends in the incidence and natural history of diverticulitis: a population-based study. *Am J Gastroenterol* 2015;110(11):1589–1596. DOI: 10.1038/ajg.2015.302.
- Strate L, Morris A. Epidemiology, pathophysiology, and treatment of diverticulitis. *Gastroenterology* 2019(5):1–17. DOI: 10.1053/j.gastro.2018.12.033.
- Gachabayov M, Essani R, Bergamaschi R. Laparoscopic approaches to complicated diverticulitis. *Langenbeck's Archiv Surg* 2017;403(1):11–22. DOI: 10.1007/s00423-017-1621-6.
- Etzioni DA, Mack TM, Beart RW, et al. Diverticulitis in the United States: 1998–2005: changing patterns of disease and treatment. *Ann Surg* 2009;249(2):210–217. DOI: 10.1097/SLA.0b013e3181952888.
- Jacobs DO. Clinical practice. Diverticulitis. *N Engl J Med* 2007;357(20):2057–2066. DOI: 10.1056/NEJMcp073228.
- Hjern F, Wolk A, Håkansson N. Smoking and the risk of diverticular disease in women. *Br J Surg* 2011;98(7):997–1002. DOI: 10.1002/bjs.7477.
- Strate L, Liu Y, Huang E, et al. Use of aspirin or nonsteroidal anti-inflammatory drugs increases risk for diverticulitis and diverticular bleeding. *Gastroenterology* 2011;140(5):1427–1433. DOI: 10.1053/j.gastro.2011.02.004.
- Hjern F, Wolk A, Håkansson N. Obesity, physical inactivity, and colonic diverticular disease requiring hospitalization in women: a prospective cohort study. *Am J Gastroenterol* 2012;107(2):296–302. DOI: 10.1038/ajg.2011.352.
- Rustom LBO, Sharara A. The natural history of colonic diverticulosis: much ado about nothing?. *diverticular disease: review. Inflamm Intest Dis* 2019;3(2):69–74. DOI: 10.1159/000490054.
- Jamal Talabani A, Lydersen S, Endreseth BH, et al. Major increase in admission- and incidence rates of acute colonic diverticulitis. *Int J Colorectal Dis* 2014;29(8):937–945. DOI: 10.1007/s00384-014-1888-9.
- Peery AF, Keku TO, Martin CF, et al. Distribution and characteristics of colonic diverticula in a United States screening population. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2016;14(7):980–985. DOI: 10.1016/j.cgh.2016.01.020.
- Wheat C, Strat L. Trends in hospitalization for diverticulitis and diverticular bleeding in the United States from 2000 to 2010. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2016;14:96–103. DOI: 10.1016/j.cgh.2015.03.030.
- Broad J, Wu Z, Bissett I. Diverticular disease epidemiology: acute hospitalisations are growing fastest in young men. *Tech Coloproctol* 2019;23(8):713–721. DOI: 10.1007/s10151-019-02040-8.
- Feuerstein JD, Falchuk XR. Diverticulosis and diverticulitis. *Mayo Clin Proc* 2016;1(8):1094–1104. DOI: 10.1016/j.mayocp.2016.03.012.
- Vather R, Broad JB, Jaung R, et al. Demographics and trends in the acute presentation of diverticular disease: a national study. *ANZ J Surg* 2015;85(10):744–748. DOI: 10.1111/ans.13147.
- Commane DM, Arasaradnam RP, Mills S, et al. Diet, ageing and genetic factors in the pathogenesis of diverticular disease. *World J Gastroenterol* 2009;15(20):2479–2488. DOI: 10.3748/wjg.15.2479.
- Templeton AW, Strate LL. Updates in diverticular disease. *Curr Gastroenterol Rep* 2013;15(8):339. DOI: 10.1007/s11894-013-0339-z.
- Weizman AV, Nguyen GC. Diverticular disease: epidemiology and management. *Can J Gastroenterol* 2011;25(7):385–389. DOI: 10.1155/2011/795241.
- Rustom LBO, Sharara AI. The natural history of colonic diverticulosis: Much ado about nothing? *Inflamm Intest Disease* 2018(2):1–6. DOI: 10.1159/000490054.
- Biondo S, Lopez Borao J, Millan M, et al. Current status of the treatment of acute colonic diverticulitis: a systematic review. *Colorectal Dis* 2012;14(1):e1. DOI: 10.1111/j.1463-1318.2011.02766.x.
- Anaya DA, Flum DR. Risk of emergency colectomy and colostomy in patients with diverticular disease. *Arch Surg* 2005;140(7):681. DOI: 10.1001/archsurg.140.7.681.
- Francis NK, Sylla P, Abou-Khalil M, et al. EAES and SAGES 2018 consensus conference on acute diverticulitis management: evidence-based recommendations for clinical practice. *Surg Endosc* 2019;33(9):2726. DOI: 10.1007/s00464-019-06882-z.
- Salem L, Flum DR. Primary anastomosis or Hartmann's procedure for patients with diverticular peritonitis? a systematic review. *Dis Colon Rectum* 2004;47(11):1953. DOI: 10.1007/s10350-004-0701-1.