



# Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

## 6 - SIGNOS RADIOLÓGICOS DE ALARMA Y DIVERTICULITIS AGUDA: ¿CUÁNDO REALIZAR UNA COLONOSCOPIA?

A. Ventero Borges<sup>1</sup>, V. Roales Gómez<sup>1</sup>, L. Escudero Gómez, L. Redero Brioso<sup>3</sup>, L. García Pravia<sup>1</sup>, G. Moral Villarejo<sup>1</sup>, D. Olivares Quintanar<sup>1</sup>, J.M. Esteban López-Jamar<sup>1</sup> y E. Rey Díaz-Rubio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>2</sup>Servicio de Radiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General de Segovia.

### Resumen

**Introducción:** La mayoría de las guías recomiendan realizar una colonoscopia tras un episodio de diverticulitis aguda (DA) para descartar la presencia de cáncer colorrectal (CCR) subyacente. No obstante, los avances en la tomografía computarizada (TC) han cuestionado el papel de dicha evaluación rutinaria. El objetivo fue valorar la correlación entre los hallazgos radiológicos en la DA diagnosticada por TC y la presencia de lesiones avanzadas en la colonoscopia de seguimiento.

**Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a todos los pacientes con DA diagnosticados por TC en nuestro centro entre 2009 y 2019. Los hallazgos radiológicos evaluados fueron: región y longitud colónica afecta, presencia de estriación grasa, linfadenopatías y líquido libre intraabdominal. Los hallazgos endoscópicos fueron la presencia de lesiones avanzadas (adenoma avanzado o CCR) en la región radiológica correspondiente, divertículos y signos de inflamación peridiverticular. Las variables categóricas se expresaron como número absoluto y porcentajes, comparándose mediante pruebas de  $\chi^2$  aplicando la corrección de Yates o el test exacto de Fisher. Se calcularon las odds ratios y su IC del 95%.

**Resultados:** Se incluyeron 198 pacientes, 121 (61%) mujeres y 77 (39%) hombres. 7 pacientes presentaron lesiones avanzadas (3,5%), 2 de ellos (1%) CCR, la mayoría de ellas en colon descendente. Las linfadenopatías fueron el único hallazgo radiológico relacionado significativamente con la presencia de lesiones avanzadas en la colonoscopia (8,5%), con un OR = 11,6 (IC95% 1,4-98,7; p 0,02). No hubo complicaciones endoscópicas, y la tasa de intubación cecal fue del 86%.

FACTOR DE RIESGO	SIN LESIÓN AVANZADA	CON LESIÓN AVANZADA	OR	95% CI	p
<b>Longitud</b>			1,1	(0,2-4,9)	p=0,76
Longitud < 5cm	85 (96.6%)	3 (3.4%)			
Longitud > 5 cm	106 (96.4%)	4 (3.6%)			
<b>Linfadenopatías</b>			11.6	(1.4-98.7)	p=0,02
Sin linfadenopatías	126 (99.2%)	1 (0.8%)			
Con linfadenopatías	65 (91.5%)	6 (8.5%)			
<b>Estriación grasa</b>			--	--	0.21
Sin estriación grasa	3 (100%)	0			
Con estriación grasa	188 (96.4%)	7 (3.6%)			
<b>Líquido libre intraabdominal</b>			1.3	(0.3-6.2)	> 0.99
Sin líquido libre intraabdominal	96 (97%)	3 (3%)			
Con líquido libre intraabdominal	95 (96%)	4 (4%)			

**Conclusiones:** En ausencia de signos radiológicos específicos (carcinomatosis o metástasis) y linfadenopatías, la tasa de detección de lesiones avanzadas fue comparable a la prevalencia en individuos asintomáticos mayores de 50 años. La colonoscopia rutinaria post-DA no debe recomendarse en ausencia de signos radiológicos de alarma.