



Generalidades de la diverticulitis aguda

Overview of acute diverticulitis


¹Dra. Melanie Szuster Benavides

Investigadora independiente, San José, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0002-8834-2181>

²Dra. Brenda Muñoz Vargas

Investigadora independiente, Alajuela, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0001-5795-2975>

³Dr. Luis Fernando Ulloa Velásquez

Investigador independiente, San José, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0002-6240-5578>

Recibido
05/05/2022

Corregido
16/06/2022

Aceptado
23/06/2022

RESUMEN

La diverticulitis aguda es un proceso inflamatorio que ocurre a nivel de los divertículos en el colon. Los divertículos colónicos, mejor llamados pseudodivertículos, son protrusiones en forma de saco de las capas mucosa y submucosa a través de la capa circular de la muscular propia del colon. Muchos factores, tanto ambientales como inherentes, influyen en la formación de dichos divertículos y su evolución a diverticulitis. Al establecerse el proceso inflamatorio, se producen algunas manifestaciones clínicas como dolor en cuadrante inferior izquierdo, fiebre y leucocitosis. El estudio de elección para diagnóstico de diverticulitis aguda es la Tomografía Axial Computarizada (TAC), la cual sirve también para valorar complicaciones y otros posibles diagnósticos diferenciales. Basada en los hallazgos del TAC, la Clasificación de Hinchey Modificada es útil para determinar la severidad del episodio. El tratamiento depende de la severidad del proceso inflamatorio, así como de las complicaciones que se presenten. El manejo puede ser médico, percutáneo o quirúrgico, donde destaca como principal intervención quirúrgica el procedimiento de Hartmann. Posterior a un episodio agudo, aumenta el riesgo de recurrencia de nuevos episodios.

PALABRAS CLAVE: Divertículo, enfermedades diverticulares, diverticulitis, dolor abdominal.

ABSTRACT

Acute diverticulitis is an inflammatory process that occurs in colonic diverticula. Colonic diverticula, or better called pseudodiverticula, are sac-like protrusions of the mucosal and submucosal layers through the circular layer of the muscularis propria of the colon. The formation of these diverticula and their evolution to diverticulitis is influenced by many factors, including environmental and inherent factors. When the inflammatory process is established,



some clinical manifestations such as pain in the left lower quadrant, fever and leukocytosis occur. The method of choice for the diagnosis of Acute Diverticulitis is Computerized Tomography (CT Scan), which is also used to assess complications and possible differential diagnoses. Based on the CT findings, the Modified Hinchey Classification is useful in determining the severity of the episode. Treatment depends on the severity of the inflammatory process, as well as the complications that arise. Management can be medical, percutaneous or surgical, where the Hartmann Procedure stands out as the main surgical intervention. After an acute episode, the risk of recurrence of new episodes increases.

KEY WORDS: Diverticulum, diverticular diseases, diverticulitis, abdominal pain.

¹ Médica general, graduada de la Universidad de las Ciencias Médicas (UCIMED). Cód. [MED16145](#). Correo: melanieszuster@gmail.com

² Médica general, graduada de la Universidad de las Ciencias Médicas (UCIMED). Cód. [MED16138](#). Correo: bren_2895@hotmail.com

³ Médico general, graduado de la Universidad de las Ciencias Médicas (UCIMED). Cód. [MED16146](#). Correo: luisfulloa94@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La diverticulitis aguda se refiere al proceso inflamatorio activo localizado en un divertículo en el colon (1). En el año 1700, Littre realizó la primera descripción de saculaciones en colon, y para el año 1917, Telling y Gruner publicaron la descripción clásica de la enfermedad diverticular complicada (2).

Actualmente, la diverticulitis aguda es una patología común, particularmente en países industrializados. La incidencia estimada es de aproximadamente 25% (1). Además, es un padecimiento que asocia morbilidad significativa y altos costos de atención médica (3). Al ser una patología frecuente y con complicaciones importantes, es vital que los profesionales de salud se encuentren preparados para su manejo.

El objetivo de la presente revisión bibliográfica es realizar una descripción general acerca de la diverticulitis aguda y definir su abordaje en la práctica clínica, con el fin de proporcionar estrategias basadas en evidencia que sean de utilidad para la comunidad científica y médica.

METODOLOGÍA

A través de una amplia revisión bibliográfica de un total de 27 artículos y libros

académicos, se seleccionaron 15 artículos y tres libros como fuentes de información. Se incluyeron como referencia únicamente publicaciones recientes, escritas en idioma español o inglés. Se excluyeron las publicaciones con más de cinco años de antigüedad. En cuanto a las características de la información, se utilizaron únicamente fuentes académicas de alta calidad, así como las bases de datos EBSCO Host, SciELO, UpToDate, y DynaMed Plus, y revistas científicas como The New England Journal of Medicine, Annals of Internal Medicine, entre otros. Se utilizaron criterios de búsqueda como “Diverticulitis Aguda”, “Enfermedad Diverticular” y “Diverticulosis”.

DEFINICIONES

La diverticulosis es la presencia de divertículos en colon. Un divertículo se define como una protrusión sacular de la pared de un segmento del tracto gastrointestinal (4). Los divertículos reales están conformados por todas las capas de la pared; sin embargo, en el caso específico de colon, los divertículos son pseudodivertículos o divertículos falsos, ya que estos están conformados únicamente por las capas mucosa y submucosa de la pared colónica, las cuales protruyen a través

de la capa circular de la muscular propia (5). La mayoría de los individuos con diverticulosis son asintomáticos o presentan únicamente sintomatología menor, como dolor abdominal leve y pequeños cambios en el hábito intestinal (6).

La enfermedad diverticular, por su parte, se refiere a aquellos divertículos que son sintomáticos y clínicamente significativos. Diferentes presentaciones clínicas se encuentran englobadas bajo el término de enfermedad diverticular, entre ellas la diverticulitis aguda. La diverticulitis se refiere al proceso inflamatorio que ocurre a nivel de los divertículos. Puede tener dos presentaciones (7):

1. Diverticulitis no complicada: proceso inflamatorio local.
2. Diverticulitis complicada: proceso inflamatorio asociado a perforación, sangrado, obstrucción, fístula, flegmón o absceso.

Una persona con divertículos en colon tiene un riesgo asociado de presentar diverticulitis de aproximadamente 4-15% (4).

EPIDEMIOLOGÍA

La diverticulosis es el hallazgo incidental más frecuente en colonoscopías realizadas por tamizaje (8). De acuerdo con reportes endoscópicos, más del 50% de adultos mayores de 60 años poseen divertículos. El hallazgo de diverticulosis ha sido considerado una condición asociada a personas de edad avanzada, ya que la incidencia aumenta considerablemente con la edad. Sin embargo, en los últimos años también se ha observado un incremento rápido de la incidencia en adultos jóvenes. A pesar de que es difícil definir la incidencia real de la diverticulosis en adultos jóvenes

debido a que no se realizan tamizajes endoscópicos de rutina en esta población, se ha observado incremento en la tasa de hospitalización por diverticulitis aguda en personas jóvenes (9).

La distribución por género es bastante similar, aunque en personas menores de 60 años existe ligera predominancia masculina, mientras que en mayores de 60 años la predominancia es femenina (10).

La incidencia estimada es de aproximadamente 25% (1). Además, es un padecimiento que asocia importante morbilidad y altos costos de atención médica (3). La incidencia de la enfermedad varía geográficamente. La enfermedad diverticular es más frecuente en países industrializados, como países europeos y Estados Unidos.

Es menos frecuente en otros continentes como Asia y África. El sitio más frecuente de afectación colónica también es dependiente de la ubicación geográfica, siendo más común en población del oeste de Europa y Norte América la afectación de colon sigmoides (95% de los casos) y en Asia colon ascendente (80% de los casos) (10). Complicaciones de la diverticulitis aguda ocurren en aproximadamente 12% de los pacientes.

La complicación más frecuente es el flegmón o absceso (70%), seguida de peritonitis, obstrucción y fístula. La mortalidad aumenta en pacientes que presentan diverticulitis aguda complicada en comparación con no complicada (3).

PATOGÉNESIS

La formación de divertículos y la patogénesis de la enfermedad diverticular y la diverticulitis particularmente, impresiona ser multifactorial y aún no se comprende en su totalidad (11).

El primer paso hacia la diverticulitis es la formación de divertículos. Se han propuesto algunos factores y procesos que parecen favorecer la evolución de estos, como la disfunción en la dismotilidad intestinal, cambios en microbiota intestinal y alteraciones del tejido conectivo (12). Todo lo anterior favorece la protrusión de las capas mucosa y submucosa de la pared colónica a través de la capa muscular propia, sobre todo en puntos de la pared donde penetran vasos sanguíneos y, por ende, hay cierta debilidad estructural (8).

Adicionalmente, se han postulado también hipótesis acerca de los procesos involucrados en la evolución de un divertículo hacia diverticulitis aguda específicamente. Las hipótesis más importantes se mencionan a continuación (8):

1. Fecalito impactado en un divertículo que erosiona la pared colónica.
2. Compromiso de los vasos sanguíneos submucosos localizados alrededor del divertículo, lo que causa isquemia e inflamación.
3. Traslocación bacteriana por exposición prolongada a la acumulación de heces en un divertículo.
4. Distensión del fondo del divertículo al punto de microperforación.

FACTORES DE RIESGO

Típicamente, la enfermedad diverticular era considerada una condición asociada exclusivamente a factores ambientales. Sin embargo, la evidencia actual indica que existen factores genéticos e inherentes del individuo que también afectan la formación

de divertículos y su evolución hacia diverticulitis.

La edad, el sexo, la historia familiar, la presencia de enfermedades del tejido conectivo y la disfunción de la motilidad intestinal son factores de riesgo propios de una persona para el desarrollo de divertículos y las enfermedades asociadas a estos (10). Entre los anteriores, la edad parece ser el factor de riesgo inherente más importante para la formación de divertículos (13).

Por otra parte, los componentes ambientales mantienen un papel fundamental. Alta ingesta de carnes rojas en la dieta, baja ingesta de fibra, falta de actividad física vigorosa, índice de masa corporal ≥ 25 kg/m², lugar de residencia y fumado son algunos factores de riesgo ambientales independientes que se han asociado a la evolución de los divertículos (4,10).

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Las manifestaciones clínicas de la diverticulitis aguda dependen de la severidad del proceso inflamatorio y de la presencia de complicaciones (7,10).

El dolor abdominal es el síntoma más común. Usualmente, el dolor se localiza a nivel del cuadrante inferior izquierdo, debido a que el colon sigmoidees es el sitio más frecuente de afectación colónica. Otros sitios menos comunes de localización del dolor son el cuadrante inferior derecho (por diverticulitis aguda en colon ascendente) o suprapúbido (por colon sigmoidees inflamado redundante) (7). Otros síntomas asociados a la diverticulitis aguda son fiebre, alteración del hábito intestinal (constipación en 50% de los pacientes y diarrea en 25-35% de los pacientes), malestar general, náuseas y vómitos. Usualmente, los síntomas tienen tiempo de evolución de 12 a 48 horas (10).

La inestabilidad hemodinámica y shock son raros, pero pueden estar asociados a perforación y peritonitis. Entre un 10% y 15% de pacientes con diverticulitis aguda asocian síntomas urinarios como frecuencia, urgencia urinaria y disuria por irritación de la vejiga causada por la inflamación colónica (7).

Al examen físico abdominal, además del dolor, pueden encontrarse los siguientes hallazgos: a) Signos de irritación peritoneal, b) Masa palpable por inflamación pericolónica o absceso peridiverticular (20% de los pacientes) (7).

DIAGNÓSTICO

Laboratorio

Se realizan los estudios estándar indicados en pacientes con dolor abdominal que incluyen hemograma completo, química sanguínea, amilasa, lipasa, test de embarazo y urianálisis. Pueden realizarse también marcadores inflamatorios como proteína C reactiva o procalcitonina (10).

Estudios de imagen

La Tomografía Axial Computarizada (TAC) es actualmente el estudio de elección. Tiene una sensibilidad del 94% y una especificidad del 99% para el diagnóstico de la diverticulitis aguda (14).

La TAC proporciona información útil acerca de la localización, extensión y severidad del proceso inflamatorio en colon, y además evalúa otros hallazgos como abscesos, fístulas, afectación de órganos adyacentes y potenciales diagnósticos diferenciales. También es útil para definir el plan quirúrgico y sirve de guía en caso de que se deban realizar procedimientos de drenaje percutáneo. Otros estudios de imagen que

pueden ser útiles en el diagnóstico son enemas con bario, resonancia magnética y ultrasonido; sin embargo, su uso es mucho menos frecuente (11).

Endoscopia

La colonoscopia debe utilizarse con precaución en el escenario agudo, ya que el proceso inflamatorio del colon complica el procedimiento y aumenta el riesgo de perforación (11).

CLASIFICACIÓN

Existen diferentes clasificaciones relacionadas a la diverticulitis aguda. La Clasificación de Hinchey Modificada (**Tabla 1**) realizada por Wasvary en 1999 (2), se basa en los hallazgos de la TAC para categorizar la severidad de la diverticulitis aguda, y es ampliamente aceptada y utilizada (10).

MANEJO

Diverticulitis aguda no complicada (Clasificación de Hinchey Modificada 0 y 1a)

Del 70% al 100% de los pacientes con diverticulitis aguda no complicada pueden ser manejados exitosamente con tratamiento médico, independientemente de si es paciente ambulatorio u hospitalizado (15). Existen algunos criterios que definen si el paciente requiere hospitalización (**Tabla 2**).

El manejo ambulatorio consiste en analgesia, dieta líquida y antibioticoterapia selectiva (15). Se presume que el uso de antibióticos en el paciente ambulatorio agiliza la recuperación y reduce el riesgo de complicaciones (16). Sin embargo, en las guías del 2020 de la Sociedad Americana de

Tabla 1. Clasificación de Hinchey Modificada.	
Clasificación	Hallazgos en TAC
0: Diverticulitis clínica leve	Divertículos, engrosamiento de pared colónica.
Ia: Inflamación pericólica	Divertículos, engrosamiento de pared colónica, cambios en tejidos pericólicos, pequeños lóculos de gas extraluminal.
Ib: Absceso pericólico o mesocólico	Cambios de Ia + Colección local de líquidos.
II: Absceso pélvico, retroperitoneal o intraabdominal distante	Cambios de Ia + Colección remota de líquidos.
III: Peritonitis purulenta	Neumoperitoneo, ascitis, engrosamiento peritoneal, posible extravasación de contraste oral
IV: Peritonitis fecaloide	Neumoperitoneo, ascitis, engrosamiento peritoneal, posible extravasación de contraste oral
Fuente: Kosinski L, Ludwig K, Otterson MF. En: Greenfield's Surgery: Scientific Principles and Practice Sixth Edition. Wolters Kluwer Health; 2017. p. 1161–1171.	

Tabla 2. Criterios de hospitalización para pacientes con diverticulitis aguda.
TAC con evidencia de complicaciones (perforación franca, absceso, obstrucción o fístula).
TAC sin evidencia de complicaciones, pero que cumple 1 o más de los siguientes criterios:
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de sepsis o Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica. • Dolor abdominal severo o peritonitis difusa al examen físico o falla para controlar el dolor a una puntuación menor a 5 en la Escala Visual Análoga del Dolor. • Microperforación (pocas burbujas de aire fuera del colon sin extravasación del contraste). • Edad > 70 años. • Comorbilidades significativas. • Inmunosupresión. • Intolerancia a la vía oral. • No adherencia terapéutica, desconfianza para visitas de control, falta de sistema de soporte. • Falla de tratamiento ambulatorio.
Fuente: Pemberton JH. Acute colonic diverticulitis: Medical management. UpToDate Wolters Kluwer Health. 2022.

Cirujanos de Colon y Recto se indica que pacientes seleccionados con diverticulitis aguda no complicada pueden manejarse sin antibióticos de manera exitosa, esto tiene un grado de evidencia de alta calidad 1A.

En dicha guía no se definen los criterios de selección para manejo sin el uso de antibióticos, sin embargo, se menciona que la gran mayoría de los pacientes en los grupos sin antibióticos que participaron en los estudios clínicos utilizados para la realización de las guías corresponden a personas relativamente sanas y con diagnóstico de diverticulitis en estadio temprano.

El uso continuo de antibióticos es apropiado para pacientes de alto riesgo con comorbilidades significativas, datos de infección sistémica o inmunosupresos (17). Debe darse seguimiento 2-3 días después de la evaluación inicial, y posteriormente de manera semanal hasta la resolución de síntomas. Si el paciente no presenta mejoría clínica, debe hospitalizarse (15). El manejo médico en pacientes hospitalizados incluye lo siguiente:

1) Antibioticoterapia intravenosa (IV): debe utilizarse un agente que cubra contra bacterias Gram negativas y bacterias anaerobias. La antibioticoterapia IV debe continuarse hasta que haya mejoría clínica evidente (usualmente 3 a 5 días), y posteriormente debe cambiarse a antibioticoterapia vía oral (VO) para completar un curso de 10 a 14 días. En la **tabla 3** se mencionan algunos de los agentes antibióticos a utilizar. El antibiótico debe ser seleccionado de acuerdo con la gravedad del cuadro clínico y las tasas de sensibilidad y resistencia de cada lugar (15,17).

2) Fluidoterapia IV: se utiliza para corregir déficits de volumen y usualmente se continúa hasta que el paciente tolere una ingesta de líquidos adecuada vía oral. Puede utilizarse solución salina o lactato de Ringer.

3) Dieta: depende de la severidad de los síntomas. En casos severos se recomienda reposo intestinal completo. En casos más leves se puede avanzar a dieta líquida.

4) Analgesia: puede ser parenteral o vía oral, dependiendo de las condiciones del paciente y de la dieta indicada (15).

Los pacientes hospitalizados deben ser valorados diariamente. En caso de que haya deterioro clínico, deben conducirse nuevos estudios en busca de posibles complicaciones. Por el contrario, si hay mejoría clínica, puede valorarse el egreso. Para un egreso seguro, el paciente debe cumplir todos los siguientes criterios:

- Normalización de signos vitales
- Resolución del dolor abdominal severo
- Resolución de leucocitosis significativa
- Tolerancia a la vía oral

Al egreso, el paciente debe continuar antibioticoterapia oral a completar 10-14 días en total, y se realizan algunas recomendaciones de cambios en estilo de vida como pérdida de peso, realizar ejercicio, dieta alta en fibra y cesación de fumar. Se recomienda colonoscopia de seguimiento posterior a la resolución del cuadro agudo, para descartar presencia de malignidad (10,15).

Tabla 3. Antibioticoterapia empírica para infecciones intraabdominales adquiridas en la comunidad.	
Infecciones de bajo riesgo	Infecciones de alto riesgo
Régimen de 1 solo agente: <ul style="list-style-type: none"> • Piperacilina-Tazobactam 3,375 g IV cada 6 horas 	Régimen de 1 solo agente: <ul style="list-style-type: none"> • Imipenem-Cilastatina 500 mg IV cada 6 horas • Meropenem 1 g IV cada 8 horas • Doripenem 500 mg IV cada 8 horas • Piperacilina-Tazobactam 4,5 g IV cada 6 horas
Régimen combinado: Metronizadol 500 mg IV o VO cada 8 horas + Uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Cefazolina 1 -2 g IV cada 8 horas • Cefuroxime 1,5 g IV cada 8 horas • Ceftriaxona 2 g IV cada día • Cefotaxime 2 g IV cada 8 horas • Ciprofloxacina 400 mg IV cada 12 horas o 500 mg VO cada 12 horas • Levofloxacina 750 mg IV or VO cada día 	
Régimen combinado: Metronizadol 500 mg IV o VO cada 8 horas + Uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Cefepime 2 g IV cada 8 horas • Ceftazidime 2 g IV cada 8 horas 	
Fuente: Pemberton JH. Acute colonic diverticulitis: Medical management. UpToDate Wolters Kluwer Health. 2022.	

Diverticulitis aguda complicada (Clasificación de Hinchey Modificada Ib, II, III y IV)

La diverticulitis aguda complicada está definida por la presencia de abscesos, perforación, obstrucción o fístulas (18). A continuación, se profundiza en el manejo de las complicaciones más comunes:

1) Abscesos: ocurren en 16-40% de los casos de diverticulitis aguda complicada. El tamaño del absceso define el manejo. Abscesos pequeños con tamaño <3 cm pueden ser manejados exitosamente con antibioticoterapia exclusivamente. Abscesos de mayor tamaño (>3 cm) en pacientes estables pueden ser manejados a través de drenaje percutáneo guiado por TAC o por ultrasonido. En caso de que el paciente se encuentre inestable o si el drenaje percutáneo no es exitoso, el manejo indicado es quirúrgico (17,18).

2) Perforación: la perforación colónica franca (Clasificación de Hinchey Modificada III y IV) es una condición amenazante para la vida que requiere cirugía de emergencia, y es actualmente la indicación número uno de cirugía en pacientes con diverticulitis aguda (17). La meta principal de la intervención es reseca el segmento intestinal que contiene la perforación.

El tipo de cirugía depende de la estabilidad hemodinámica del paciente. En pacientes inestables que no poseen la reserva fisiológica para tolerar una resección colónica y reconstrucción, la mejor opción es una cirugía de control de daños, en la cual la meta principal es controlar la fuente de sepsis y se diferencian otros procedimientos para un segundo tiempo quirúrgico posterior a la reanimación del paciente. La intervención quirúrgica más utilizada en el tratamiento de las perforaciones en diverticulitis



aguda es el procedimiento de Hartmann, el cual consiste en resección del segmento de colon afectado, creación de una colostomía terminal y un muñón rectal. En un segundo tiempo quirúrgico, se revierte la colostomía. El momento del segundo procedimiento depende del grado de contaminación en la cirugía inicial, por lo que en peritonitis fecaloides normalmente se espera un año para revertir la colostomía, mientras que en peritonitis purulentas la reversión puede ser antes. Solo aproximadamente un 50-60% de las colostomías de un procedimiento de Hartmann se revierten exitosamente.

Otras opciones quirúrgicas menos frecuentes son anastomosis primaria con derivación proximal, lavado laparoscópico, y procedimiento en tres etapas (lavado, resección con cierre primario y ostomía proximal, cierre de ostomía) (17,18).

SEGUIMIENTO

De acuerdo con las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto para el Tratamiento de la Diverticulitis Aguda, se recomienda seguimiento colonoscópico posterior a la recuperación de un cuadro de diverticulitis aguda por el riesgo aumentado de malignidad oculta. En particular, los cuadros de diverticulitis agudas complicadas tienen riesgo incrementado de malignidad. La colonoscopia se realiza usualmente 6 semanas posteriores a la resolución del episodio agudo, para disminuir riesgo de perforación (17).

RECURRENCIA Y PREVENCIÓN

Posterior a un primer episodio de diverticulitis aguda no complicada, 13% a

33% de los pacientes tendrán episodios recurrentes. El riesgo incrementa gradualmente con cada nuevo episodio (10). Las estrategias de prevención son limitadas y no existe un método ideal. Algunas intervenciones son dieta alta en fibra, cesar el fumado, ejercicio y pérdida de peso en personas con índice de masa corporal >30 (1).

CONCLUSIONES

La diverticulitis aguda es una condición gastrointestinal común que asocia importante morbilidad y altos costos de atención médica. Consiste en un proceso inflamatorio que ocurre en las saculaciones de la pared colónica conocidas como divertículos. Es una patología multifactorial y, aunque clásicamente se ha considerado una patología de edad avanzada, en los últimos años se ha observado un aumento en la tasa de hospitalizaciones por episodios de diverticulitis aguda en pacientes jóvenes. Clínicamente, se caracteriza por dolor abdominal localizado en cuadrante inferior izquierdo, fiebre y leucocitosis. El estudio estándar de oro para diagnóstico de diverticulitis aguda es la Tomografía Axial Computarizada (TAC). A partir de los hallazgos de la TAC, se clasifica el cuadro de acuerdo a la Clasificación de Hinchey Modificada. El manejo de la diverticulitis aguda depende de la severidad del cuadro. De acuerdo con las Guías de la Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto para el manejo de la Diverticulitis Aguda, el tratamiento puede ser médico, percutáneo o quirúrgico, y su elección depende de la condición clínica del paciente y de la presencia de complicaciones.

Típicamente, la antibioticoterapia ha sido considerada piedra angular en el tratamiento de la diverticulitis aguda; sin embargo, la evidencia más reciente sugiere que casos

seleccionados de diverticulitis aguda no complicada de bajo riesgo pueden manejarse exitosamente sin antibióticos. El uso continuo de antibióticos es apropiado para pacientes de alto riesgo con comorbilidades significativas, datos de infección sistémica o pacientes inmunosupresos. El drenaje percutáneo es útil para abordaje de abscesos >3 cm, mientras que la intervención quirúrgica es necesaria en el caso de abscesos que no resuelven con drenaje percutáneo y en presencia de otras complicaciones como perforación, obstrucción o fístulas. La indicación quirúrgica más común en la diverticulitis aguda es la perforación, y la cirugía más utilizada en estos casos es el Procedimiento de Hartmann. Posterior a la resolución de un cuadro de diverticulitis aguda, existe riesgo importante de recurrencia. Lamentablemente, las estrategias de prevención son limitadas. El papel de la antibioticoterapia y la selección de los pacientes, así como estrategias de prevención, son campos a explorar a futuro.

REFERENCIAS

1. García Rossi C, Rodríguez Bolaños D. Diverticulitis: revisión de la literatura en cuanto al manejo actual. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD*. 2019 [citado el 17 de mayo, 2022];9(2):41–48. Doi: https://doi.org/10.15517/rc_ucr-hsjd.v9i2.37357
2. Barbalace NM. Manejo Actual de la Enfermedad Diverticular Aguda del Colon. *Revista Argentina de Coloproctología* [Internet]. 2017 [citado el 17 de mayo, 2022];28(2):181–91. Disponible a partir de: <https://www.sacp.org.ar/revista/index.php/24-numeros-antiores/volumen-28-numero-2/185-manejo-actual-de-la-enfermedad-diverticular-aguda-del-colon>
3. Strate L, Morris A. Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment of Diverticulitis. *Gastroenterology* 2019 [cited Apr 28, 2022];156:1282–1298. Doi: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.12.033>
4. Pemberton JH. Colonic diverticulosis and diverticular disease: Epidemiology, risk factors, and pathogenesis. *UpToDate*. Wolters Kluwer Health. 2021 [cited Apr 28, 2022].
5. Kosinski L, Ludwig K, Otterson MF. *Greenfield's Surgery: Scientific Principles and Practice Sixth Edition*. Wolters Kluwer Health; 2017. p. 1161–1171.
6. Abraha I, Binda GA, Montedori A, Arezzo A, Cirocchi R. Laparoscopic versus open resection for sigmoid diverticulitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017 [cited Apr 30, 2022];11. Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009277.pub2>
7. Pemberton JH. Clinical manifestations and diagnosis of acute diverticulitis in adults. *UpToDate*. Wolters Kluwer Health. 2021 [cited Apr 30, 2022].
8. Camilleri M, Sandler RS, Peery AF. Etiopathogenetic Mechanisms in Diverticular Disease of the Colon. *Cellular and Molecular Gastroenterology and Hepatology*. 2019 [cited Apr 30, 2022];9(1):15–32. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcmgh.2019.07.007>
9. Turner GA, O'Grady MJ, Purcell RV, Frizelle FA. Acute Diverticulitis in Young Patients: A Review of the Changing Epidemiology and Etiology. *Digestive Diseases and Sciences*. 2022 [cited May 01, 2022];67:1156–1162. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10620-021-06956-w>
10. Maguire L. Diverticular Disease. *Mulholland and Greenfield's Surgery: Scientific Principles and Practice Seventh Edition*. Wolters Kluwer Health; 2021. p. 1079–1088.
11. Mahmoud NN, et al. Colon and Rectum. *Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice 20th Edition*. Elsevier - Health Sciences Division; 2017. p. 1330–1334.
12. Fluxá D, Quera R. Enfermedad diverticular: mitos y realidades. *Revista Médica de Chile*. [Internet]. 2017 [citado el 30 de abril, 2022];145:209–18. Disponible a partir de: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000200009
13. Zamora AJ, Villalobos Vega E, Mora Sandino V. Abordaje de la diverticulitis aguda. *Rev.méd.sinerg*. [Internet]. 2020 [citado el 30 de abril, 2022];5(4):e347. Disponible a partir de: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/a/article/view/347>
14. Balk EM, et al. Diagnostic Imaging and Medical Management of Acute Left-Sided Colonic Diverticulitis A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*. 2022 [cited May 01, 2022];175(3):379–387. Doi: <https://doi.org/10.7326/M21-1645>

15. Pemberton JH. Acute colonic diverticulitis: Medical management. UpToDate Wolters Kluwer Health. 2022 [cited Apr 30, 2022].
16. Gaber CE, et al. Comparative Effectiveness and Harms of Antibiotics for Outpatient Diverticulitis. *Annals of Internal Medicine*. 2021 [cited May 01, 2022];174(6):737–747. Doi: <https://doi.org/10.7326/M20-6315>
17. Hall J, Hardiman KM, Lee S, Lightner A, Stocchi L, Paquette IM, Steele SR, Feingold DL. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Left-Sided Colonic Diverticulitis. [Internet]. 2020 [cited Apr 30, 2022]. Available from: <https://fascrs.org/healthcare-providers/education/clinical-practice-guidelines>
18. Pemberton JH. Acute colonic diverticulitis: Surgical management. UpToDate. Wolters Kluwer Health. 2021 [cited Apr 30, 2022].