REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Diverticulitis aguda. Pilares para el manejo oportuno

Acute Diverticulitis: Pillars for Timely Management

Jorge Luis Estepa Pérez[1] Simone Squillante[2] Alfredo Vetere[2] Verónica Crocco[2] Wilmeidis Navarro Rodríguez[3]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba
[2] Ospedale Spoke Paola-Cetraro. Azcienda Sanitaria Consenza., Italy
[3] Hospital Dr. Antonio Luaces Iraola., Ciego de Ávila, Cuba

Cómo citar este artículo:
Estepa-Pérez J, Squillante S, Vetere A, Crocco V, Navarro-Rodríguez W. Diverticulitis aguda. Pilares para el manejo oportuno. **Medisur** [revista en Internet]. 2026 [citado 2026 Nov 8]; 24(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/53332

Resumen

La enfermedad diverticular es un desorden gastrointestinal que genera significativa morbilidad y costos al sistema de salud. Entre los factores predisponentes se encuentran la obesidad central, el fumar y la alimentación alta en carnes rojas y baja en fibra. La forma de presentación más común es dolor abdominal en el cuadrante inferior izquierdo, con síntomas sistémicos incluyendo fiebre y malestar general. Afecta principalmente a individuos mayores de 45 años, incrementando su incidencia progresivamente con la edad. La enfermedad surge de la perforación de un divertículo en la pared del intestino grueso y se clasifica en dos categorías: no complicada, sin complicaciones adicionales y complicada, que implica abscesos, fístulas, obstrucción intestinal o perforaciones evidentes. El manejo quirúrgico contemporáneo ha experimentado una evolución significativa hacia enfoques menos invasivos y más selectivos. La diversidad de estrategias quirúrgicas empleadas varía según la clasificación de Hinchey, resultados de tomografía computarizada, estado general del paciente y experiencia del cirujano. Esta revisión tiene como propósito abordar los pilares para el tratamiento oportuno de la diverticulitis aguda.

Palabras clave: diverticulitis, terapéutica

Abstract

Diverticular disease is a gastrointestinal disorder that generates significant morbidity and healthcare costs. Predisposing factors include central obesity, smoking, and a diet high in red meat and low in fiber. The most common presentation is left lower quadrant abdominal pain, with systemic symptoms including fever and malaise. It primarily affects individuals over 45 years of age, with its incidence increasing progressively with age. The disease arises from the perforation of a diverticulum in the wall of the large intestine and is classified into two categories: uncomplicated, without additional complications, and complicated, which involves abscesses, fistulas, intestinal obstruction, or obvious perforations. Contemporary surgical management has undergone significant evolution toward less invasive and more selective approaches. The diversity of surgical strategies employed varies according to the Hinchey classification, computed tomography results, the patient's overall condition, and the surgeon's experience. This review aims to address the pillars for the timely treatment of acute diverticulitis.

Key words: diverticulitis, therapeutics

Aprobado: 2026-05-20 13:56:07

Correspondencia: Jorge Luis Estepa Pérez. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos, Cuba. jorge.estepa@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La enfermedad diverticular es un desorden gastrointestinal que genera significativa morbilidad y costos al sistema de salud. Entre los factores predisponentes se encuentran la obesidad central, el fumar, y la alimentación alta en carnes rojas y baja en fibra. La forma de presentación más común es dolor abdominal en el cuadrante inferior izquierdo, con síntomas sistémicos incluyendo fiebre y malestar general. No obstante, puede progresar a peritonitis con inestabilidad hemodinámica. La escala de clasificación más utilizada para guiar el tratamiento agudo es la de Hinchey. [1]

Afecta principalmente a individuos mayores de 45 años, incrementando su incidencia progresivamente con la edad. La enfermedad surge de la perforación de un divertículo en la pared del intestino grueso y se clasifica en dos categorías: no complicada, sin complicaciones adicionales y complicada, que implica abscesos, fístulas, obstrucción intestinal o perforaciones evidentes. [2]

Esta entidad genera una carga significativa en los sistemas de atención médica. Anualmente, más de 2.6 millones de consultas ambulatorias y 200,000 hospitalizaciones se atribuyen a esta enfermedad en Estados Unidos, reflejando su prevalencia e impacto sanitario. Se estima que más del 50 % de los estadounidenses mayores de 60 años presentan diverticulosis, condición precursora de la diverticulitis. [2]

El manejo quirúrgico contemporáneo ha experimentado una evolución significativa hacia enfoques menos invasivos y más selectivos. Los avances en clasificación y diagnóstico mediante tomografía computarizada han permitido una estratificación más precisa, influenciando las decisiones terapéuticas. Para casos complicados, especialmente aquellos con abscesos pericólicos, la evidencia actual sugiere que estos pacientes no se benefician significativamente de los antibióticos. [2]

En su tesis doctoral, María Carmona Agúndez, especialista de Cirugía General en la unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Badajoz, cuyo objetivo fue estudiar de manera sistemática el curso y tratamiento de esta enfermedad, que se caracteriza por el crecimiento de pequeñas protuberancias en el colón, la especialista plantea que “en la mayoría de los casos no produce síntomas, pero se calcula que entre un 5-10 % se produce una inflamación por causas que se desconocen y que en los casos más graves desemboca en una perforación del intestino”. [3]

En esta tesis se plantea que la ausencia de estudios no permite adoptar medidas preventivas y dificulta la elección de un tratamiento más adecuado. Además, la mayoría de las diverticulitis no requieren cirugía y se tratan médicamente, con o sin antibióticos. Se venía tratando como una infección, y lo habitual era la prescripción de antibióticos, pero las nuevas guías recomiendan evitarlos en los casos más leves y tratar con analgésicos. “El objetivo es evitar el abuso de antibióticos y el desarrollo de resistencias o alergias, y los datos analizados prueban su eficacia en los pacientes”, remarca María Carmona. [3]

La creación de protocolos no solo ayuda a los médicos a tomar mejores decisiones en cuanto al tratamiento de esta enfermedad, sino que también se convierte en una base científica que permite educar a los pacientes en esta nueva manera de tratarse libre de antibióticos. [3]

En los casos más graves se practica mucho la llamada cirugía de Hartmann, que consiste en retirar el segmento de colón afectado y conectarlo a una bolsa externa para la expulsión de las heces. Pero se trata de una cirugía de urgencia que requiere que los pacientes vuelvan al quirófano para una reconstrucción que reconecte el intestino. Sin embargo, más del 60 % de los pacientes no vuelve y acaba conviviendo con la bolsa, lo que merma mucho su calidad de vida. [3]

Los protocolos pretenden reducir esta práctica, debido al coste económico y el impacto en los pacientes. En definitiva, se trata de establecer criterios de actuación contrastados para poder mejorar el abordaje clínico y ayudar a los pacientes que padecen esta enfermedad. [3]

Existe una alta prevalencia de esta afección en el reparto de cirugía general del hospital San Francesco de Paola, provincia de Cosenza, donde un grupo importante de pacientes acuden al Pronto Socorsso (Departamento de Urgencia y Emergencia) por presentar un cuadro de dolor abdominal agudo, la mayoría acompañado de leucositosis y fiebre, de días de evolución, y muchos de ellos presentan al examen físico del abdomen, reacción peritoneal y contractura abdominal. Por protocolo, a la mayoría se le

realiza una tomografía axial computarizada (TAC de abdomen) donde se confirma la presencia de divertículos del colon, perforación, presencia de aire y líquido libre en cavidad, así como niveles hidroaéreos; número no menospreciado requiere de ingreso y cirugía de urgencia, un grupo menor es ingresado con tratamiento médico, antibiótico-terapia y se completa el estudio con colonoscopia, para una posterior cirugía programada en electivo, obteniéndose resultados satisfactorios.

Por tales motivos se realizó una exhaustiva revisión de la literatura disponible y elaborar una revisión actualizada.

DESARROLLO

En los últimos años ha surgido nueva evidencia que ha hecho replantear el enfrentamiento clásico de la diverticulitis aguda. Las indicaciones de tratamiento médico, resección quirúrgica y posterior colonoscopia han variado. Una revisión bibliográfica de 11 estudios, realizada en Ecuador, reveló tendencias significativas en el manejo quirúrgico actual de la diverticulitis aguda. Se observó una preferencia marcada por la laparoscopia sobre la hemicolectomía para la resección aguda, con 57 procedimientos laparoscópicos frente a 21 hemicolectomías, evidenciando diferencias estadísticamente significativas. [2]

La diversidad de estrategias quirúrgicas empleadas varía ampliamente según factores críticos como la clasificación de Hinchey, resultados de tomografía computarizada, estado general del paciente y experiencia del cirujano. Para pacientes con formas leves que requieren intervención quirúrgica, se muestra preferencia por abordaje laparoscópico inicial, involucrando colocación de parches omentales sobre perforaciones menores y lavado peritoneal con drenaje. [4]

La importancia de complementar la terapia antibiótica con drenaje percutáneo resulta fundamental para pacientes de edad avanzada con diverticulitis aguda del colon izquierdo. El lavado laparoscópico emerge como método quirúrgico preferente en pacientes añosos con peritonitis aguda, alineándose con las directrices de la *World Society of Emergency Surgery*.[5]

El criterio para llevar a un paciente a drenaje percutáneo se basa frecuentemente en el tamaño del absceso y en la sintomatología que presenta. Los abscesos de 2-3 cm pueden ser tratados únicamente con antibióticos intravenosos. Los abscesos de mayor tamaño y los abscesos pequeños en pacientes con datos persistentes de sepsis requieren un drenaje percutáneo o incluso una laparotomía o una laparoscopia, ya que el 20 % de estos pacientes tratados únicamente con antibióticos no resuelven su problema. Aún no se ha establecido el momento de llevar a cabo la sigmoidectomía en los pacientes que han sido sometidos previamente a un drenaje percutáneo satisfactorio.[6]

En la actualidad se considera que el drenaje percutáneo no es un tratamiento definitivo y que deberá realizarse la resección del segmento colónico para evitar subsecuentes episodios de diverticulitis.[6] Un estudio publicado por Broderick-Villa muestra evidencia de recurrencia de la diverticulitis únicamente en pocos casos. [7]

La evolución hacia prácticas menos invasivas marca una tendencia decreciente en resecciones quirúrgicas de urgencia. En pacientes hemodinámicamente estables, el abordaje laparoscópico se prefiere, reportando beneficios significativos en reducción de complicaciones posoperatorias para cirujanos con destrezas laparoscópicas avanzadas. [8]

La evaluación de severidad se fundamenta en la clasificación Hinchey modificada, estratificando desde Hinchey 0 (diverticulitis leve) hasta Hinchey IV (peritonitis fecaloidea). Las opciones quirúrgicas incluyen lavado peritoneal laparoscópico, operación de Hartmann y resección con anastomosis primaria, estableciéndose la operación de Hartmann como estándar para casos Hinchey III y IV. [9]

La diverticulitis perforada es una complicación que, afortunadamente, solo se presenta en el 1 % de los pacientes, y estos se clasifican como etapas III y IV de Hinchey. Hasta hace apenas unos años el tratamiento era el procedimiento de Hartmann, el cual tenía la desventaja de requerir un segundo procedimiento mayor para el cierre de la colostomía. Aún en nuestro tiempo, el cierre de la colostomía puede no llegar a realizarse nunca; en su estudio, Maggard encontró que un tercio de los pacientes quedaban con una colostomía definitiva. Esto ha sido observado por otros autores.[3,10]

Varios metaanálisis demuestran que los procedimientos de anastomosis primaria son

factibles y que incluso tienen menores morbilidad y mortalidad que el procedimiento de Hartmann. Sin embargo, el procedimiento de Hartmann sigue siendo el estándar para el tratamiento de todo paciente que se encuentre con sepsis. [11]

La cirugía laparoscópica se considera de alta complejidad, recomendada principalmente en cirugía programada. La resección con anastomosis primaria se aconseja para casos Hinchey III y IV, buscando evitar colostomía terminal, aunque conlleva riesgos como dehiscencia anastomótica. Las guías actuales enfatizan un enfoque terapéutico individualizado, considerando morbilidad del paciente y riesgos quirúrgicos asociados. [11]

Para casos de diverticulitis aguda con abscesos menores a 4 cm, se destaca la importancia de un enfoque inicialmente conservador mediante tratamiento antibiótico oral, reservando la cirugía para situaciones de no respuesta a tratamiento médico o deterioro de signos sépticos. [12]

Agnes y colaboradores en su estudio observaron que el manejo en estadios 0-IIb según clasificación WSES mostró tendencia hacia tratamiento conservador, identificando como factores de riesgo para fracaso: tratamiento conservador previamente fallido, grado WSES más alto y valores bajos de hemoglobina al ingreso.[13]

Tratamiento de la diverticulitis no complicada

El paciente con diverticulitis no complicada suele cursar con buena evolución, mientras que, el paciente con perforación libre necesitará cirugía, lo cual es poco frecuente y usualmente se presenta desde el primer cuadro. El lavado y drenaje de cavidad sin resección por vía laparoscópica cada vez se utiliza más, pero aún no es aceptado totalmente. [14]

Existe una creciente evidencia de que los antibióticos no son necesarios para el tratamiento de la diverticulitis no complicada. En 2021 se realizó el ensayo DINAMO (*Diverticulitis Non-Antibiotic Mild Outpatient*), un estudio multicéntrico, aleatorizado, que asignó al azar a 480 pacientes a recibir tratamiento ambulatorio durante siete días con amoxicilina-ácido clavulánico (tratamiento clásico) o con ibuprofeno y paracetamol (tratamiento sintomático). No se encontró ninguna diferencia significativa en cuanto a hospitalizaciones y visitas adicionales al servicio de urgencias; de hecho, el control del dolor fue mejor en el grupo de tratamiento sintomático en comparación con el grupo que recibió antibióticos.[14]

Villanueava et al. en una revisión realizada expusieron que en el ensayo DINAMO, el fracaso terapéutico se determinó por la incapacidad de controlar los síntomas durante el manejo ambulatorio, lo que obligaba al paciente a reconsultar en urgencias. Para los casos del grupo experimental sin antibióticos, si persistía el dolor o había inflamación después de 24 horas, pero el paciente mantenía la estabilidad clínica, se iniciaba terapia con amoxicilina-ácido clavulánico de forma ambulatoria. Sin embargo, ante signos de gravedad por laboratorios (leucocitosis 12,000/µl, proteína C reactiva [PCR] > 15 mg/dl) o progresión radiológica en la TC de control, se indicaba ingreso hospitalario para administrar antibioticoterapia intravenosa y monitorización estrecha. [14]

Este protocolo demostró que solo el 3.3 % de los pacientes requirieron hospitalización en el grupo sin antibióticos iniciales, frente al 5.8 % del grupo con antibioticoterapia estándar. Los criterios de seguridad incluyeron evaluación clínica a las 48 horas y seguimiento quirúrgico estricto durante 90 días. [14]

Garfinkle et al. realizaron un metaanálisis de no inferioridad basado en el consenso Delphi, complementado con la participación de pacientes, en el cual se concluyó que el manejo observacional no presenta inferioridad estadísticamente significativa frente al tratamiento con antibióticos en casos de diverticulitis aguda no complicada. [15]

Una revisión sistemática Cochrane actualizada respaldó el tratamiento de la diverticulitis aguda no complicada sin antibióticos como una opción viable.[16]

Villanueva et al., encontraron que el ensayo AVOD (*Antibiotics in Uncomplicated Diverticulitis*) evaluó a más de 600 pacientes con diverticulitis confirmada por tomografía computadorizada (TC). Los resultados mostraron que el grupo sin antibióticos, con protocolo de solo observación, hidratación y manejo del dolor, presentó tasas de complicaciones (como perforación o formación de abscesos) y recurrencias similares a los del grupo tratado con antibióticos. De manera similar, el ensayo DIABOLO (*Diverticulitis: ¿Antibiotics or Close Observation*?), realizado en Europa,

comparó el tratamiento ambulatorio sin antibióticos con el tratamiento convencional en términos de tiempo de recuperación, readmisiones y complicaciones, concluyendo que ambos grupos tenían desenlaces clínicos equivalentes, lo que sugiere que la ausencia de antibióticos en pacientes sin signos sistémicos ni complicaciones es una estrategia segura y efectiva. [14]

Históricamente los pacientes diagnosticados de diverticulitis aguda han sido internados en centros hospitalarios para estudio y tratamiento dietético, antibiótico y analgésico. En los últimos años ha crecido la tendencia en el mundo a tratar estos pacientes de forma ambulatoria una vez comprobado que no se encuentra complicada, lo que ha demostrado con nivel de evidencia, que estos logran presentar una evolución favorable sin necesidad de ingreso, con menos gastos para el sistema de salud. [17]

La diverticulitis derecha suele presentar una buena respuesta al tratamiento médico conservador que se basa en dos pilares: reposo digestivo y antibioticoterapia de amplio espectro. Para pacientes con diverticulitis leve que puedan ser tratados de forma ambulatoria se recomienda amoxicilina + ácido clavulánico 875/125 mg cada 8 ó 12 horas VO y en pacientes hospitalizados ampicilina 1 g cada 6 horas IV ó metronidazol 500 mg cada 8 horas + gentamicina 240 mg cada 24 horas IV durante 4 días y posteriormente tratamiento vía oral (VO). [18]

González y colaboradores encontraron que el tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda no complicada con pauta corta de antibiótico oral parece ser una estrategia terapéutica segura y efectiva en pacientes seleccionados con escasa comorbilidad. [19]

Así también fue confirmado por estudios de Sánchez Golarte et al. quienes observaron que un total de 64 pacientes fueron incluidos en el protocolo de ambulatorización representando el 68 % del total de las diverticulitis tratadas. Durante el seguimiento, 6 enfermos requirieron ingreso (9,3 %) en los días posteriores. Del total de pacientes estudiados, 5 (7,8 %) presentaron recidiva a lo largo de los años, sólo una de ellas fue una recidiva grave y precisó tratamiento quirúrgico. Concluyeron que los datos de su estudio indican que el tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda leve en su medio es seguro con el protocolo actual, ya que el 90,7 % fue tratado con éxito. [20]

Un estudio realizado en Cuba, arrojó que el tratamiento ambulatorio no solo es eficaz y seguro, sino también aplicable en la mayoría de los pacientes, siempre que toleren la ingesta oral y dispongan de un entorno familiar adecuado. [17]

Roldán et al. plantean que respecto al tratamiento quirúrgico urgente se pueden presentar dos situaciones: diagnóstico intraoperatorio por error diagnóstico o indicación de cirugía por mala respuesta al tratamiento médico, desarrollo de una peritonitis, imposibilidad de drenaje percutáneo de abscesos o existencia de otras complicaciones (obstrucción intestinal, fístulas, etc.). Las opciones técnicas comúnmente realizadas son: apendicectomía + antibioterapia posoperatoria (se difiere tratamiento definitivo), diverticulectomía + apendicectomía (menos complicaciones, reservada para divertículo único), hemicolectomía derecha (divertículos múltiples o en recidivas) o una resección ileocecal (las dos últimas las más utilizadas ante diverticulitis derecha complicada). El abordaje laparoscópico queda reservado para equipos con amplia experiencia. [18] Estrategia L. y Peery A, [21] en su trabajo publicaron una tabla resumen sobre el uso selecto de antibióticos en pacientes con diverticulitis aguda sin complicaciones, cuyo resumen ofrecemos a continuación:

Resumen de las recomendaciones de orientación para el uso selecto de antibióticos en pacientes con diverticulitis aguda sin complicaciones.

Colegio Americano de Médicos (2022)

-Sugiere que los médicos inicialmente gestionen a pacientes seleccionados con diverticulitis colónica aguda sin complicaciones sin antibióticos (recomendación condicional; evidencia de baja certeza)

-Se definió que pacientes inmunocompetentes con diverticulitis sin complicaciones del lado izquierdo, sin respuesta inflamatoria sistémica o inmunosupresión, no médicamente frágil, no requieren hospitalización, y pueden hacer un seguimiento como paciente ambulatorio bajo supervisión médica con apoyo social.

-La diverticulitis sin complicaciones se definió como inflamación localizada sin absceso, flemón, fístula, obstrucción o perforación.

Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Rectales (2020)

-Los pacientes seleccionados con diverticulitis sin complicaciones pueden ser tratados sin antibióticos (recomendación fuerte basada en evidencia de alta calidad)

-La terapia con antibióticos puede no ser necesaria en pacientes seleccionados y sanos con diverticulitis en etapa temprana.

-El uso de antibióticos sigue siendo apropiado para pacientes de mayor riesgo con comorbilidades significativas, signos de infección sistémica o inmunosupresión.

Asociación Gastroenterológica Americana (2015)

-Sugiere que los antibióticos deben usarse selectivamente, en lugar de rutinariamente, en pacientes con diverticulitis aguda sin complicaciones (recomendación condicional, baja calidad de la evidencia).

-No debe generalizarse a pacientes complicados, aquellos con signos de infección grave o sepsis, pacientes inmunodeprimidos o pacientes con otras comorbilidades significativas.

Tratamiento de la diverticulitis complicada

La diverticulitis complicada se refiere a la que presenta perforación, fístula u obstrucción asociada a la diverticulitis. Con la finalidad de valorar el grado de complicación de la diverticulitis se ha utilizado la escala de Hinchey, la cual clasifica la enfermedad en cuatro etapas. La etapa 1 es una diverticulitis asociada a un absceso pericólico; la etapa 2 es un absceso a distancia del colon, como puede ser pélvico y algunos incluyen los abscesos retroperitoneales; la etapa 3 es una peritonitis purulenta, y la etapa 4 es una peritonitis fecal. [6]

La clasificación de Hinchey ha sido modificada por varios autores y actualmente la de Wasvary comienza a utilizarse con mayor frecuencia. Por otra parte, para poder establecer un riesgo quirúrgico, así como para tratar de establecer un pronóstico en pacientes con peritonitis purulenta o fecal, se han sugerido los índices de Mannheim y el CR-POSSUM, que son herramientas útiles con este fin. [6]

Las fístulas secundarias a diverticulitis pueden establecerse hacia órganos abdominales o hacia la piel. La fístula colovesical es la más frecuente y se caracteriza por síntomas urinarios irritativos, además de infecciones de vías urinarias por microorganismos gramnegativos y anaerobios, neumaturia y fecaluria. La TC es el estudio recomendado para confirmar el diagnóstico; la imagen característica es aire y contraste en la vejiga. La cistoscopia puede ayudar cuando hay alta sospecha de una fístula colovesical sin hallazgos concluyentes en la TC. [22]

El tratamiento quirúrgico de una fístula colovesical debe incluir sigmoidectomía y resección puntual del orificio fistuloso de la vejiga. Las fístulas colovaginales habitualmente se presentan en mujeres con antecedente de histerectomía. Los datos clínicos relacionados con este padecimiento son el flujo de material fecaloide a través de la vagina y el paso de aire. Se recomienda en estas pacientes realizar sigmoidectomía y resección del orificio fistuloso de la vagina con interposición de epiplón. [22]

La obstrucción colónica secundaria a diverticulitis es una complicación que se observa en pacientes con más de dos episodios de este proceso inflamatorio. Es muy importante tratar de descartar una neoplasia maligna del colon y una estenosis secundaria a isquemia. El manejo inicial de estos pacientes será como el de todo aquel enfermo con una oclusión intestinal. [22]

Habitualmente, si el problema no se resuelve se sugiere la resección quirúrgica del sigmoides con anastomosis primaria con ileostomía de protección, o un procedimiento de Hartmann si el paciente tiene factores de riesgo para presentar dehiscencia. La colocación de un *stent* colónico, aunque ha mostrado buenos resultados en pacientes con obstrucción de etiología maligna, en caso de estenosis por diverticulitis tiene una resolución menos frecuente. [22]

En todo paciente que es llevado a sigmoidectomía por diverticulitis deberá buscarse mantener la continuidad intestinal sin minimizar la resección del colon sigmoides y, obviamente, reducir lo máximo posible el riesgo de dehiscencia anastomótica. La resección del sigmoides debe realizarse con el tercio superior del recto y como punto de referencia proximal buscar el colon sin cambios inflamatorios. En ocasiones, el recto superior se encuentra

inflamado por continuidad de la diverticulitis distal del sigmoides; en estos casos deberá llevarse a cabo la anastomosis en el tercio medio del recto o crear una colostomía. No es necesario llevar la resección del colon hasta un sitio con ausencia de divertículos. Se ha observado un aumento de la fuga anastomótica cuando la restitución se establece con el sigmoides distal y no con el recto superior. [22]

Se recomienda la movilización del ángulo esplénico como primer paso de la cirugía cuando hay un proceso séptico importante en la parte inferior del abdomen o en la pelvis, con la intención de limitar el flujo de material purulento en etapas posteriores hacia la parte superior de la cavidad abdominal. Por otro lado, cuando hay un proceso inflamatorio tan importante caracterizado como un meso sigmoides corto o muy engrosado que no permite la identificación de las estructuras subyacentes, iniciar con la movilización esplénica manteniéndose por encima de la fascia de Gerota para la disección del colon y con un plano de disección por encima de la fascia retroperitoneal permite disminuir la posibilidad de una lesión del uréter. [23]

También debe considerarse la movilización del ángulo esplénico cuando haya que mantener una anastomosis libre de tensión o facilitar la utilización de una engrapadora mecánica. [23]

El uso de ferulización ureteral es recomendable cuando existe una inflamación retroperitoneal importante, con la intención de identificar oportunamente una lesión de los uréteres y no tanto para evitarla. [23]

Actualmente existen *stent*s ureterales luminosos que facilitan la disección y disminuyen el riesgo de lesión del uréter; sin embargo, se han reportado casos de espasmo del uréter al retirarlos, que pueden condicionar una insuficiencia renal postrenal. También la utilización de *stents* convencionales, inyectando verde de indocianina y utilizando una cámara de fluoroscopia, permite evidenciar el trayecto de los uréteres. [23]

Al enfrentarse a una sigmoidectomía urgente por diverticulitis complicada, el procedimiento de Hartmann es la cirugía con menores morbilidad y mortalidad para resolución de la urgencia. Sin embargo, hay que considerar los riesgos de la cirugía subsecuente, los cuales, si se comparan con un proceso de una sola etapa, prácticamente son los mismos. La selección de pacientes que pueden ser manejados con resección y anastomosis primaria en estas circunstancias requiere hacer un juicio profundo en relación con los factores de riesgo individuales; no es recomendable realizar una anastomosis primaria en pacientes con choque, peritonitis fecal difusa, peritonitis purulenta generalizada, inmunocompromiso, desnutrición, anemia grave o cuando el colon presente datos de isquemia o exista edema importante en el sitio elegido para la anastomosis. [23]

El abordaje por mínima invasión está perfectamente bien indicado y se asocia a todos los beneficios de una cirugía laparoscópica; sin embargo, el proceso inflamatorio hace la disección más difícil y tiene la posibilidad de tener que convertirse a una laparotomía. Scheidbach publicó en 2004 una de las series más grandes de sigmoidectomía por diverticulitis, evaluando 1545 pacientes, con una morbilidad del 17 % y una mortalidad del 0.4 %, y una tasa de conversión del 0.6 %. [23]

La laparoscopia asistida manualmente tiene la ventaja de permitir una mejor disección

de los procesos inflamatorios por diverticulitis, lo cual se ve representado por el menor

número de casos que requieren conversión. [14]

CONCLUSIONES

Al tratar la diverticulitis se debe hacer de manera individualizada, considerando factores múltiples y realizando una evaluación integral del paciente y de la presentación de la enfermedad. Se ha evidenciado que el tratamiento ambulatorio y la antibioticoterapia son apropiados para el tratamiento de la diverticulitis no complicada.

Se ha observado una preferencia por cirugía laparoscópica sobre hemicolectomía para resección aguda, sugiriendo un cambio hacia procedimientos menos traumáticos y recuperación potencialmente más rápida. Sin embargo, se reconoce la importancia de considerar múltiples factores al seleccionar el procedimiento quirúrgico óptimo, incluyendo gravedad de la enfermedad, edad y comorbilidades del paciente, así como experiencia del cirujano.

La diverticulitis complicada debe ser tratada con tratamiento quirúrgico de urgencia, teniendo en cuenta la clasificación de Hinchey, modificada

por varios autores y actualmente la de Wasvary.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Jorge Luis Estepa Pérez, Simone Squillante, Alfredo Vetere, Verónica Crocco.

Visualización: Jorge Luis Estepa Pérez, Simone Squillante, Alfredo Vetere, Verónica Crocco.

Redacción-borrador original: Jorge Luis Estepa Pérez, Wilmeidis Navarro.

Redacción-revisión y edición: Jorge Luis Estepa Pérez, Simone Squillante.

Financiación

Sin financiamiento externo.

REFERENCIAS

1.Cascante A, Arriola J, Castillo R. Actualización sobre fisiopatología y manejo inicial de diverticulitis aguda. Revista Sinergia. 2022;7(9):e 894.

2.García-Santamaría MA, González-Iruma A, Calle-Cárdenas CJ. Manejo quirúrgico actual de la diverticulitis aguda: revisión de la evidencia contemporánea. SRS[Internet]. 2025[citada 27/12/2025];4(UNIANDES):150-5. Disponible en: https://revistasinstitutoperspectivasglobales.org/index.php/sanitas/article/view/867

3.Carmona Agúndez M. Historia natural y tratamiento de la diverticulitis aguda de colon izquierdo en el Hospital Universitario de Badajoz entre 2011 y 2021[Tesis doctoral]. Extremadura: Universidad de Extremadura; 2024[citado 22/12/2025]. Disponible en: https://dehesa.unex.es/entities/publication/d7f0a4b3-5dae-4ee5-a29f 47bcbccdf880/full

4.Ferrara F, Guerci C, Bondurri A, Spinelli A, De Nardi P, Boati P, et al. Emergency Surgical Treatment of Colonic Acute Diverticulitis: A multicenter observational study. Updates Surg. 2023;75(4):863-70.

5.Fugazzola P, Ceresoli M, Coccolini F, Gabrielli F, Puzziello A, Monzani F, et al. The WSES/SICG/ACOI/SICUT/AcEMC/SIFIPAC Guidelines for Diagnosis And Treatmentof Acute Left Colonic Diverticulitis in the Elderly. World J Emerg Surg. 2022;17(1):2-16.

6.Villanueva-Herrero JA, Solís-Hidalgo P, Alvarado-Tamez E, Oropeza-Rodríguez G, Nin-Felipe S, López-Berna CA, et al. Revisión actualizada sobre diverticulitis: avances en patogénesis, diagnóstico y tratamiento. Rev Mex Cir Colorrectal. 2024;2(4):123- 39.

7.Broderick-Villa G, Burchette RJ, Collins JC, Abbas MA, Haigh PI. Hospitalization for acute diverticulitis does not mandate routine elective colectomy. Arch Surg. 2005;140(6):576–81.

8.Cirocchi R, Sapienza P, Anania G, Binda GA, Avenia S, di Saverio S, et al. State-of-the- art Surgery for Sigmoid Diverticulitis. Langenbecks Arch Surg. 2021;407(1):1-14.

9.Túpac OE, Chávez CA, Borda GM, Li MR. Lavado peritoneal laparoscópico en pacientes con diverticulitis aguda Hinchey III atendidos en una clínica privada de Lima. Rev Medica Hered. 2023;34(4):202-6.

10.Maggard MA, Chandler CF, Schmit PJ, Bennion RS, Hines OJ, Thompson JE. Surgical diverticulitis: treatment options. Am Surg. 2001;67(12):1185–9.

11.Martínez C, García MJ, Villalba F. La enfermedad diverticular hoy. Revisión de la evidencia. Rev Cirugía. 2021;73(3):322-8.

12.Barrera NA, Cárdenas CA, Sánchez KL, Pincay JC. Enfermedad Diverticular: Manejo Quirúrgico. RECIMUNDO. 2021;5(1):175-83.

13.Agnes AL, Agnes A, Di M, Giambusso M, Savia E, Grieco M, et al. Management of Acute Diverticulitis in Stage 0-IIb: Indications and Risk Factors for Failure of Conservative Treatment in a Series of 187 Patients. Sci Rep. 2024;14(1):1-8.

14.Villanueva-Herrero JA, Solís-Hidalgo P, Alvarado-Tamez E, Oropeza-Rodríguez G, Nin-Felipe S, López-Berna CA, et al. Revisión actualizada sobre diverticulitis: avances en patogénesis, diagnóstico y tratamiento. Rev Mex Cir Colorrectal. 2024;2(4):123-39.

15.Garfinkle R, Salama E, Amar-Zifkin A, Morin N, Ghitulescu G, Faria J, et al. Observational versus

antibiotic therapy for acute uncomplicated diverticulitis: a non-inferiority meta-analysis based on a Delphi consensus. Surgery. 2022;171:328-35. /

16.Dichman ML, Rosenstock SJ, Shabanzadeh DM. Antibiotics for uncomplicate diverticulitis. Cochrane Database Syst Rev. 2022;(6):CD009092.

17.Pérez PJ, Martínez GA, Pérez GK. Tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda no complicada. Rev Cubana Cir. 2022;61(1):1-15.

18.Roldán-Aviña JP, Ferrusola-Díaz DA, Merlo-Molina S, Díaz-Brito JA., Muñoz-Pozo F. Manejo diagnóstico y terapéutico de la diverticulitis aguda derecha: particularidades. RAPD[Internet]. 2019[citado 27/12/2025];42(4):141-3. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/RAPDonline201920V4220N42003.pdf

19.González Plo D, Plá Sánchez P, León Gámez CL, Remirez Arriaga X, Rial Justo X, Artés Caselles M, et al. Actualización del manejo de la diverticulitis aguda no complicada en nuestro centro. Igualmente, efectivo, más eficiente. Gastroenterol Hepatol. 2020;43(8):426-30.

20.Sánchez Gollarte A, Alvarado Hurtado R, Vera Mansilla C, Mendoza Moreno F, Díez Alonso M, García-Moreno F. Tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda no complicada Acta Gastroenterol Latinoam 2020;50(4):439-44.

21.Estrategia Lisa L, Peery A. Consejos para el tratamiento médico de la diverticulitis. Am J Gastroenterol. 2022; 118(4):585-9.

22.Mc Chesney SL, Hawkins AT. Anastomotic considerations in diverticulitis. Clin Colon Rectal Surg. 2022;36(1):57–62.

23.Scheidbach H, Schneider C, Rose J, Konradt J, Gross E, Bärlehner E, et al. Laparoscopic approach to treatment of sigmoid diverticulitis: changes in the spectrum of indications and results of a prospective, multicenter study on 1,545 patients. Dis Colon Rectum. 2004;47(11):1883-8.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS