

CUERPO EDITORIAL

DIRECTOR

- Dr. Esteban Sanchez Gaitan, Hospital San Vicente de Paúl, Heredia, Costa Rica.

CONSEJO EDITORIAL

- Dr. Cesar Vallejos Pasache, Hospital III Iquitos, Loreto, Perú.
- Dra. Anais López, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Ingrid Ballesteros Ordoñez, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Dra. Mariela Burga, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Patricia Santos Carlín, Ministerio de Salud (MINSA), Lima, Perú.
- Dr. Raydel Pérez Castillo, Centro Provincial de Medicina Deportiva Las Tunas, Cuba.

COMITÉ CIENTÍFICO

- Dr. Zulema Berrios Fuentes, Ministerio de Salud (MINSA), Lima, Perú.
- Dr. Gerardo Francisco Javier Rivera Silva, Universidad de Monterrey, Nuevo León, México.
- Dr. Gilberto Malpartida Toribio, Hospital de la Solidaridad, Lima, Perú.
- Dra. Marcela Fernández Brenes, Caja costarricense del Seguro Social, Limón, Costa Rica
- Dr. Hans Reyes Garay, Eastern Maine Medical Center, Maine, United States.
- Dr. Steven Acevedo Naranjo, Saint- Luc Hospital, Quebec, Canadá.
- Dr. Luis Osvaldo Farington Reyes, Hospital regional universitario Jose Maria Cabral y Baez, Republica Dominicana.
- Dra. Caridad María Tamayo Reus, Hospital Pediátrico Sur Antonio María Béguez César de Santiago de Cuba, Cuba.
- Dr. Luis Malpartida Toribio, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao, Perú.
- Dra. Allison Viviana Segura Cotrino, Médico Jurídico en Prestadora de Salud, Colombia.
- Mg. Luis Eduardo Traviezo Valles, Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" (UCLA), Barquisimeto, Venezuela.
- Dr. Pablo Paúl Ulloa Ochoa, Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo", Guayaquil, Ecuador.

EQUÍPO TÉCNICO

- Msc. Meylin Yamile Fernández Reyes, Universidad de Valencia, España.
- Lic. Margarita Ampudia Matos, Hospital de Emergencias Grau, Lima, Perú.
- Ing. Jorge Malpartida Toribio, Telefónica del Perú, Lima, Perú.
- Srta. Maricielo Ampudia Gutiérrez, George Mason University, Virginia, Estados Unidos.

EDITORIAL ESCULAPIO

50 metros norte de UCIMED,
Sabana Sur, San José-Costa Rica
Teléfono: 8668002
E-mail: revistamedicasinergia@gmail.com



ENTIDAD EDITORA

SOMEA

SOCIEDAD DE MEDICOS DE AMERICA

Frente de la parada de buses Guácimo, Limón, Costa Rica
Teléfono: 8668002
Sociedadmedicosdeamerica@hotmail.com
<https://somea.businesscatalyst.com/informacion.html>



Abordaje de la diverticulitis aguda

Approach to acute diverticulitis



¹**Dr. Andrés Josué Carranza Zamora**

Investigador independiente, San José, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0003-1530-507X>

²**Dr. Esteban Villalobos Vega**

Investigador independiente, San José, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0003-2521-0656>

³**Dra. Valeria Mora Sandino**

Investigadora independiente, San José, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0002-7055-3896>

RECIBIDO

11/01/2020

CORREGIDO

25/01/2020

ACEPTADO

10/02/2020

RESUMEN

La enfermedad diverticular, comprende un espectro de manifestaciones y situaciones clínicas distintas, entre ellas, la diverticulosis asintomática, la enfermedad diverticular dolorosa y la diverticulitis. La diverticulitis ocurre cuando las herniaciones de mucosa y submucosa del colon, también llamados pseudodivertículos, sufren de un proceso inflamatorio y desarrollan una amplia variedad de síntomas que comprende: el dolor abdominal, fiebre, náuseas vómitos, hasta el sangrado digestivo; desencadenando desde un cuadro autolimitado hasta la presencia de signos de respuesta inflamatoria sistémica y muerte. En los estudios más recientes y guías terapéuticas se distingue cuáles pacientes se ven favorecidos del tratamiento médico o quirúrgico.

PALABRAS CLAVE: diverticulitis, dolor abdominal; tracto gastrointestinal inferior; sistema digestivo; enfermedades del colon; enfermedades diverticulares.

ABSTRACT

Diverticular disease comprises a spectrum of manifestations and different clinical situations, including asymptomatic diverticulosis, painful diverticular disease and diverticulitis. Diverticulitis occurs when herniations of the mucosa and submucosa of the colon, also called pseudodiverticles, become inflamed and develop a wide variety of symptoms, including: abdominal

¹ Médico general, graduado de la Universidad de Iberoamérica (UNIBE). cod. [MED16385](#) . andrescarranzazamora@gmail.com

² Médico general, graduado de la Universidad de Iberoamérica (UNIBE). cod. [MED15475](#) . evillalobos61@hotmail.com

³ Médico general, graduada de la Universidad de Iberoamérica (UNIBE). cod. [MED15440](#) . valesandino17@hotmail.com



pain, fever, nausea vomiting, to digestive bleeding, triggering from a self-limited condition to the presence of signs of systemic inflammatory response and death. The most recent studies and therapeutic guidelines distinguish which patients are favored by medical or surgical treatment.

KEYWORDS: diverticulitis; abdominal pain; gastrointestinal tract; digestive system; colonic diseases; diverticular diseases.

INTRODUCCIÓN

La diverticulitis aguda consiste en la inflamación activa del divertículo; que se produce cuando el material impactado comprime la perfusión sanguínea, ocasiona una microperforación, y se manifiesta clínicamente con un sangrado digestivo.

El episodio puede ser un fenómeno aislado o recurrente, sin complicaciones o con afectación multisistémica consecuente. La diverticulitis no complicada corresponde a la inflamación localizada, mientras que la complicada es la inflamación acompañada de absceso o perforación.

Littre describió por primera vez en 1700 la enfermedad diverticular adquirida en el colon como saculaciones del mismo. En 1849 Cruveilhier fue el primero en describir el proceso anatomopatológico de los divertículos. Más tarde, en 1899 Graser introdujo el término peridiverticulitis que sugería que la patogenia de los divertículos era la herniación de la mucosa a través de la zona de penetración de la vasa recta. Beer postuló en 1904 que el mecanismo de la diverticulitis era la impactación de materia fecal en el cuello del divertículo, lo que causaba inflamación y absceso con posible fistulización; más adelante Telling comunicó 80 casos de

diverticulitis del colon sigmoideo en 1908 y 1917 junto a Gronner realizaron la descripción clásica de la enfermedad diverticular complicada.

En base a lo planteado es importante para la comunidad médica conocer dicha patología; ya que corresponde a una afectación frecuente en la población y que seguirá aumentando su incidencia por el comportamiento global con respecto al envejecimiento, siendo de suma importancia conocer los fundamentos clínicos, diagnósticos, de manejo farmacológico y quirúrgico de esta enfermedad.

En la siguiente revisión bibliográfica se le da énfasis al abordaje de la diverticulitis aguda siendo el principal objetivo de esta revisión comprender el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad aguda, e identificar cuáles pacientes pueden beneficiarse de un manejo médico o quirúrgico según la clasificación de Hinchey Modificada.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica, donde se utilizaron artículos de bases de datos recientes como U.S National Library of Medicine (NIH), Medigraphic, Medline, Elsevier, entre otros. Se analizó información de literatura de fundamentos

médicos, quirúrgicos y revistas locales e internacionales de los últimos años. Se revisaron en total 25 artículos y libros, de los cuales 16 se usaron para referencias bibliográficas directas comprendidas entre los años del 2016-2019; las restantes 9 no utilizadas se excluyen por no tratarse de material actualizado; además de no corresponder su enfoque con el objetivo planteado para esta revisión.

EPIDEMIOLOGÍA

El riesgo de diverticulitis a lo largo de la vida llega hasta el 25%, siendo una patología frecuente en la población; estudios actuales evidencian que el riesgo de desarrollar diverticulitis complicada tras la convalecencia de una diverticulitis no complicada solo llega al 5% y es menor tras los episodios sucesivos de diverticulitis no complicada. Cerca del 40% de los casos de diverticulitis complicada presenta una morbimortalidad significativa, la tasa de mortalidad roza el 6% en la presencia de perforación colónica y llega al 2% en la ausencia de la misma. La prevalencia de la enfermedad está estimada entre el 5% y el 10% en menores de 40 años aumentando su incidencia al 70% a los 65 años de edad y llegando a su máxima incidencia (75%) en pacientes mayores de 70 años (1, 2, 3).

ETIOPATOGENIA

Los divertículos se forman al herniarse la mucosa y submucosa del colon a través de la túnica muscular propia. Hazzard en su revisión bibliográfica en el apartado de anatomía del colon menciona “La capa longitudinal externa del colon se

condensa en tres bandas longitudinales llamadas tenias, una de ellas pasa a lo largo del borde mesentérico y las otras dos por el borde antimesentérico. Usualmente el sitio de entrada de los vasos sanguíneos es entre el mesenterio y el borde antimesentérico, entre las tenias del colon, es en esta zona donde se presentan los divertículos”. La diverticulitis se produce cuando ocurre un compromiso vascular en el divertículo de tipo obstructivo, usualmente con un mecanismo compresivo por materia fecal; que si evoluciona con el tiempo puede llegar a complicarse con una perforación libre, absceso o fístula (1).

Con mayor frecuencia, los divertículos suelen afectar al colon sigmoideo y quedan confinados a nivel del sigmoides en casi la mitad de los casos. Esto se atribuye a la gran cantidad de vasos rectos que se encuentran en esta región del intestino, a la mayor presión intraluminal y resistencia de la peristalsis que se presenta en esta zona anatómica (2,3).

Existen tres factores implicados en la patogénesis de esta enfermedad. En primer lugar, la alteración de la motilidad del colon con aumento de la presión luminal a lo largo de los segmentos del colon, y las zonas de alta presión resultantes causando herniaciones saculares en las áreas de debilidad. En segundo lugar, la baja ingesta de fibra dietética es un factor de riesgo, ya que el tiempo de tránsito de las heces es más lento. En tercer lugar, con el envejecimiento la integridad estructural de la pared muscular del colon disminuye por lo que los divertículos son más propensos a desarrollarse con facilidad (4).

FACTORES DE RIESGO

La edad es el factor de riesgo más importante, sin embargo, cambios en el tejido conectivo como el aumento en el reticulado de las fibras de colágeno o la alteración en la expresión de metaloproteinasas, más que la edad por sí misma, explicarían este riesgo (5).

La genética, los hábitos intestinales, el tabaco y la obesidad también se han demostrado como factores de riesgo que intervienen en el aumento de la incidencia de esta patología. Una vez que el paciente ha sufrido un episodio de diverticulitis, el aumento de consumo de fibra puede ayudar a prevenir futuras crisis; medidas terapéuticas, como los productos de 5-aminosalicilato, los antibióticos y los probióticos, aún no ha demostrado prevenir futuros episodios (6, 7).

La obesidad se ha destacada como un factor de riesgo que aumenta considerablemente la incidencia de padecer diverticulitis por el efecto pro inflamatorio de las adipoquinas y quemoquinas sobre el tejido colónico. La observación de hallazgos endoscópicos e histológicos que sugieren la presencia inflamación, se ha identificado como un factor de riesgo para la recurrencia de la enfermedad (3).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La diverticulitis aguda varía dentro de un amplio espectro de síntomas, que va desde un cuadro de dolor abdominal intermitente, hasta el dolor abdominal grave, constante y crónico, ubicado generalmente en el cuadrante inferior izquierdo. El estreñimiento se reporta en el 50% de los pacientes y la diarrea entre el 25% y 35% (8).

Los síntomas sistémicos más comunes son la fiebre (menor a 39° C) y cambio en los hábitos intestinales. Otros síntomas que pueden desarrollar los pacientes son las náuseas, vómitos y signos urinarios. En el examen físico, es usual encontrar sensibilidad a la palpación en el cuadrante inferior izquierdo, asociado a una masa palpable y distensión abdominal. La presencia de sensibilidad al rebote, rigidez y ausencia de peristalsis aumenta la sospecha clínica de peritonitis (7,8).

El sangrado diverticular visible se produce pocas veces en el desarrollo de una diverticulitis aguda. En el hemoleucograma es común la presencia de leucocitosis y en el examen general de orina se puede encontrar la presencia de piuria estéril, si el divertículo con inflamación aguda se encuentra adyacente a la vejiga (1).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Entre los principales diagnósticos diferenciales se encuentran aquellos que comparten similitudes clínicas con un cuadro aguda de diverticulitis, por ejemplo: ectasias vasculares (en particular en el colon proximal de los pacientes >70 años), neoplasias (principalmente adenocarcinoma), colitis (isquémica, infecciosa, enteropatía inflamatoria idiopática) y la hemorragia después de una polipectomía.

Las causas menos frecuentes son las úlceras inducidas por los antiinflamatorios no esteroideos o colitis, proctopatía por radiación, síndrome de la úlcera rectal solitaria, traumatismo, varices (casi siempre rectales), hiperplasia nodular linfoide, vasculitis y fístulas aortocolicas (9).

Tanto la colitis ulcerosa como la enfermedad de Crohn pueden presentarse con hallazgos similares de dolor abdominal y cambios en los hábitos intestinales (7).

DIAGNÓSTICO

Generalmente la edad del paciente, la clínica y la exploración son indicativas y la tomografía axial computarizada o la ultrasonografía proporcionan el diagnóstico (10). La tomografía axial computarizada de abdomen tiene una especificidad del 96% y una sensibilidad del 95% para el diagnóstico de diverticulitis. Este estudio valora la extensión de la diverticulosis, la presencia de signos de inflamación, el adelgazamiento o engrosamiento de la pared intestinal, así como la formación de abscesos, perforaciones y fistulas intestinales. Al realizar el análisis de la tomografía se logra determinar la severidad de la diverticulitis, para lo cual se emplean múltiples clasificaciones, como la de Kaiser, Ambrosetti, Hinchey y Hinchey Modificada. En la **TABLA 1** (11). Sallinen y cols describen la clasificación de Hinchey y Hinchey modificada. La colonoscopia no es el estudio de primera elección en el diagnóstico de esta patología y debe ser realizada con cautela en periodos de diverticulitis aguda debido al alto riesgo de perforación.

La radiografía de abdomen no es de gran utilidad para el diagnóstico pero puede ayudar a ubicar la existencia de neumoperitoneo (2).

CLASIFICACIÓN

La clasificación de Hinchey modificada permite conocer la extensión de la

enfermedad para determinar que tipo de tratamiento se le optimizará al paciente, además es la más utilizada universalmente debido a la facilidad de clasificación y rendimiento diagnóstico. La diverticulitis aguda no complicada se define clásicamente como la inflamación limitada a la pared del colon o la grasa pericólica ante la ausencia de perforación, absceso, fistula o sangrado (Hinchey I). Esta definición también incluye a pacientes con abscesos pericólicos menores a 2cm cm (Hinchey Ib) y a la diverticulitis clínica leve o enfermedad dolorosa (Hinchey 0). La diverticulitis complicada incluye a la clasificación II, III Y IV con formación de absceso y peritonitis consecuente. La clasificación II confina el absceso a la pelvis, abdomen o retroperitoneo y la III y IV respectivamente corresponden a la enfermedad generalizada con peritonitis, y pronta afectación sistémica si no es tratado prontamente en sala de operaciones. La diferencia entre la III Y IV radica en la comunicación a la luz intestinal (12).

TRATAMIENTO

1. Tratamiento Médico

Los pacientes candidatos a tratamiento ambulatorio deben cumplir con criterios de selección, entre ellos: ausencia de fiebre o datos de sepsis, sin comorbilidades importantes (diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardiaca o renal, inmunosupresión), adecuada tolerancia oral, sin déficit cognitivo o psiquiátrico y con un adecuado apoyo social (12). Por lo general las personas con diverticulitis aguda no complicada:

TABLA1. Clasificación de Hinchey y Hinchey Modificada	
Clasificación de Hinchey	Clasificación de Hinchey modificada
	0. Diverticulitis clínica leve
I. Flemón o absceso pericólico	Ia. Inflamación pericólica limitada o flemón
II. Absceso pélvico, intraabdominal o retroperitoneal	Ib. Absceso meso o pericólico
III. Peritonitis generalizada purulenta	II. Absceso pélvico, intraabdominal distante o retroperitoneal
IV. Peritonitis generalizada fecal	III. Peritonitis purulenta generalizada
V. Obstrucción	IV. Peritonitis generalizada fecal
FUENTE: Sallinen VJ, Leppäniemi AK, Mentula PJ. Staging of acute diverticulitis based on clinical, radiologic, and physiologic parameters. <i>Journal of Trauma and Acute Care Surgery</i> . 2015 03;78(3):543-551	

Hinchey 0 y Ia, se ha optado por la administración de antibiótico oral, hidratación y reposo intestinal, con una tasa de efectividad de tratamiento de 93-100%, evitando las complicaciones, la hospitalización y los gastos médicos que esto conlleva (2).

Un ciclo de antibioterapia oral de 7 a 10 días de duración (p. ej., ciprofloxacino, 750 mg dos veces al día, o metronidazol, 500 mg cuatro veces al día), asociado a la administración de una única dosis intravenosa (I.V.) de antibióticos, resulta igual de efectivo que el ingreso hospitalario para la antibioticoterapia I.V. completa (1,13).

Los pacientes que toleran la dieta líquida pueden recibir tratamiento médico ambulatorio, incrementando gradualmente la dieta. Aquellos con clasificación Hinchey Ib (con abscesos menores de 2cm) o que no toleran la vía oral se deben manejar de forma intrahospitalaria para la administración intravenosa de antibioticoterapia e

hidratación (levofloxacino, 750 mg al día, y metronidazol, 500 mg cada 6 h, o piperacilina-tazobactam, 3,375 g cada 6 h) (13).

En los pacientes con Hinchey Ib (con abscesos mayores de 2cm) Y Hinchey II; requieren hospitalización, cobertura antibiótica, reposo intestinal y la fluidoterapia, se debe realizar drenaje percutáneo guiado por TAC o ultrasonido, incluyendo a los pacientes con abscesos menores a 2cm que no resuelven pese a tratamiento médico. La tasa de recurrencia es la más alta en este último grupo con un 40% de recaídas.

En paciente con Hinchey Ib y II el tratamiento conservador con antibióticos tiene una tasa de efectividad del 73% con la presencia de abscesos de menos de 4-5cm de diámetro. Cuando el tratamiento conservador falla, se opta por el drenaje percutáneo del absceso guiado por T.A.C. o ultrasonido con una efectividad del 81%; de no tener éxito se debe considerar la vía quirúrgica (2,3).

2. Tratamiento Quirúrgico

El manejo quirúrgico se debe individualizar según las características y la evolución clínica de cada paciente, evaluando la historia clínica, la respuesta al primer episodio agudo y los síntomas crónicos. En términos generales, la cirugía se indica cuando hay falta de efectividad al manejo conservador o presencia de peritonitis generalizada purulenta o fecal (Clasificación Hinchey III y IV); se incluye el neumoperitoneo o y/o sepsis asociada con repercusión hemodinámica (14).

En específico las indicaciones de cirugía de emergencia son: perforación intestinal con peritonitis generalizada, perforación local, obstrucción intestinal, sin respuesta al tratamiento médico, drenajes percutáneos y/o abscesos, flegmón y dolor abdominal persistente (2).

En pacientes con Hinchey III y IV con peritonitis generalizada existe una mortalidad del 14%, la perforación es inusual y ocurre en 3.5 pacientes por cada 100.000 por año y en el 1.5% de los pacientes con diverticulitis aguda. Por lo tanto es pertinente un diagnóstico y tratamiento médico temprano con la administración de antibióticos de amplio espectro y con un manejo oportuno de la peritonitis en sala de operaciones.

El procedimiento de Hartmann está indicado en la cirugía de urgencia de la enfermedad diverticular cuando exista inestabilidad hemodinámica independientemente del grado de peritonitis; se recomienda en peritonitis generalizadas purulentas y fecaloideas (Hinchey III Y IV) asociadas a factores de riesgo de dehiscencia anastomótica, como son inmunosupresión y desnutrición (12). El objetivo es reseca la perforación y crear un estoma debido

al alto riesgo de fugas de anastomosis en cirugías de emergencias en relación con las cirugías electivas (2, 8). A pesar de las complicaciones, el procedimiento de Hartmann sigue siendo de elección en pacientes inestables (15). Entre otras opciones quirúrgicas disponibles corresponde la realización de una colectomía del sitio afectado, con una anastomosis primaria, e ileostomía de protección, en vez de utilizar el procedimiento de Hartmann, como se ha descrito en múltiples estudios (2).

El lavado peritoneal laparoscópico de urgencias se ha convertido en una opción prometedora para la resección sigmoidea. En los casos de diverticulitis de Hinchey IIb o III (cuando existe colección local o libre) se puede realizar un procedimiento laparoscópico limitado donde se lava y se drena la cavidad abdominal sin la resección del intestino o formación del estoma. El objetivo es convertir una peritonitis purulenta generalizada en una diverticulitis localizada que pueda tratarse de forma segura con antibióticos; una vez que esta etapa de inflamación ha disminuido, se realiza la resección laparoscópica definitiva y tardía.

El lavado debe considerarse en casos de peritonitis generalizada por diverticulitis perforada.

El contexto de cirugías electivas se contraindican cuando existe perforación; las indicaciones clásicas de cirugía electiva son: dos o más episodios de diverticulitis documentada, 1 episodio único de diverticulitis complicada (estadio Ib o II), 1 episodio documentado en un paciente inmunocomprometido, 1 episodio documentado en un paciente entre 40-50 años de edad, y una incapacidad para excluir el cáncer como

la causa de sintomatología (8), se puede realizar abierta o laparoscópica.

Las guías terapéuticas indican la realización de colonoscopia después de la resolución del episodio (6-8 semanas) con el fin de descartar la presencia de una enfermedad neoplásica; sin embargo la edad del paciente y presencia de abscesos deben ser considerados como los factores de riesgo más importantes al momento de definir quienes requieren de este procedimiento. En pacientes que no evolucionan en forma favorable después de 7-10 días de tratamiento, una colonoscopia precoz permitirá descartar otra causa que explique la persistencia de síntomas. Una colonoscopia precoz corresponde a la que se realiza en el día 3-11 después del ingreso, mientras que la colonoscopia tardía comprende las endoscopias realizadas entre la semana 6-12 después del ingreso (5).

PREVENCIÓN

La comunidad científica dedica un especial empeño al estudio de medidas de prevención de la recurrencia así como de mejora de los síntomas crónicos. Las medidas higiénico-dietéticas (ingesta de fibra, pérdida de peso, actividad física regular e interrupción del hábito tabáquico) y el uso de antibióticos no absorbibles como la rifaximina, se han propuesto como posibles medidas efectivas en la disminución del número de episodios, sin embargo se necesitan más estudios al respecto (16).

RECURRENCIA

Tras un primer episodio de diverticulitis, el riesgo de recidiva es aproximadamente del 25%. Si se

produce un segundo episodio, el riesgo de una tercer recidiva es superior al 50% y en estos casos habrá que plantearse una resección quirúrgica de manera electiva del segmento afectado (1, 10).

CONCLUSIONES

Al realizar el abordaje del paciente con diverticulitis aguda es de suma importancia distinguir cuáles se verán favorecidos de un tratamiento médico y o/ abordaje quirúrgico; a partir de esta premisa se toma en consideración las decisiones clínicas pertinentes en vista del bienestar del paciente a corto y largo plazo.

Conocer con seguridad que tipo de paciente se verá beneficiado de un manejo únicamente médico según la clasificación diagnóstico- terapéutica expuesta evitará intervenciones innecesarias, sin poner en riesgo la vida ni empeorar el curso clínico; por el contrario evitará posibles complicaciones, la hospitalización y los gastos médicos que esto conlleva.

La decisión de un manejo quirúrgico, se debe individualizar en cada paciente, tomando en consideración la presentación y evolución clínica; de tal modo se debe equilibrar que el riesgo quirúrgico no supere el beneficio de este abordaje, tomando en cuenta las comorbilidades de fondo. No obstante, en situaciones de emergencia como perforación colónica, peritonitis generalizada, obstrucción o abscesos, el abordaje en sala de operaciones será siempre la mejor decisión de manejo, incluso si la valoración preoperatoria indica una cirugía de alto riesgo por la situación basal de salud del individuo comórbido.

La atención integral del paciente con diverticulitis aguda es el abordaje inmediato y oportuno, una vez resuelto el cuadro de forma médica o quirúrgica se debe buscar la causa que desencadenó el episodio; esto es determinante para que el paciente tenga un riesgo menor de presentar recurrencias.

Dentro de los factores predisponentes para el desarrollo de la diverticulitis aguda, se encuentran los estilos de vida, incluyendo el peso, la dieta y el hábito tabáquico; por lo cual es importante que se le brinde al usuario de salud; educación sobre estilos de vida saludable y soporte nutricional; con un hábito alimenticio acorde a sus necesidad y un alto consumo de fibra; esto aunado a una vida activa dentro de los límites funcionales de cada persona influirá directamente en el desarrollo de la enfermedad. Por otra parte, el fumado, probablemente es uno de los hábitos más difíciles de cesar para el paciente, sin embargo, actualmente

existen modalidades como clínicas de cesación del fumado, valoración psicológica y de salud mental en los diferentes centros de salud.

La edad y la genética también son factores que influyen directamente en la etiopatogenia de la enfermedad diverticular y el desarrollo de episodios de diverticulitis aguda, sin embargo se clasifican como no modificables; y en ello no se puede recibir un abordaje directo por parte del profesional de salud; no obstante, si pueden ser atenuados con manejo adecuado de las patologías crónicas y disposición de cada paciente para mantenerse saludable.

Es imprescindible que el personal de salud conozca dicha enfermedad, para así evitar complicaciones futuras potencialmente reversibles para el paciente, ya que el diagnóstico temprano, la clasificación adecuada y la elección del abordaje correcto, tendrán repercusión directa sobre la morbilidad y la mortalidad del paciente.

REFERENCIAS

1. Goldman L, Schaffer A. Goldman-Cecil. Tratado de medicina interna. 25a ed. España: Elsevier; 2017, capítulo 142, páginas 946- 947.
2. Morales Martínez F. Tratado de Geriatria y Gerontología. 2da ed. San José, Costa Rica: EDNAS-CCSS; 2017, capítulo 66, páginas 853-857
3. Barbalace N. Manejo actual de la Enfermedad Diverticular Aguda del Colón. Rev Argent Coloproct [Internet]. 2020 [citado el 1 de noviembre de 2020]; (Volumen 28, número 2.): 181-191. Disponible en: http://www.sacp.org.ar/revista/files/PDF/28_02/28_02_09_Barbalace.pdf
4. Halter J, Ouslander J, Studenski S, Asthana S, Ritchie C, Supiano M. Hazards Geriatric Medicine and Gerontology. 7ma ed. Estados Unidos: McGraw-Hill; 2017, capítulo 94, páginas 1660-1661
5. Fluxá D, Quera R. Enfermedad diverticular: mitos y realidades. *Revista médica de Chile*. 2017 02;145(2):201-208. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872017000200009>
6. Información H, Enfermedades D, Enfermedad D, Causas S, Enfermedad S, Centro T et al. Síntomas y causas de la enfermedad diverticular | NIDDK [Internet]. Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y Renales. 2016. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/digestive-diseases/diverticulosis-diverticulitis/symptoms-causes>

7. Feuerstein JD, Falchuk KR. Diverticulosis and Diverticulitis. *Mayo Clinic Proceedings*. 2016 08;91(8):1094-1104. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.03.012>
8. 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* [Internet]. 2019; (Volumen 9. N.2): 41-48. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr192f.pdf>
9. Dennis L. Kasper, Joseph L., Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson. *Harrison principios de la medicina interna*. Vol 1. 19ª ed. México: Mcgraw-hill; 2016, capítulo 57, página 277-278
10. Farreras Valenti P, Domarus A, Rozman C, Cardellach F. *Medicina interna*. 18a ed. Barcelona: Elsevier; 2016, capítulo 18, página 143.
11. Sallinen VJ, Leppäniemi AK, Mentula PJ. Staging of acute diverticulitis based on clinical, radiologic, and physiologic parameters. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2015 03;78(3):543-551. <https://doi.org/10.1097/ta.0000000000000540>
12. Rosado-Cobián R, Blasco-Segura T, Ferrer-Márquez M, Marín-Ortega H, Pérez-Domínguez L, Biondo S, Roig-Vila JV. Enfermedad diverticular complicada: toma de posición sobre tratamiento ambulatorio, intervención de Hartmann, lavado-drenaje peritoneal y cirugía laparoscópica. Documento de consenso de la Asociación Española de Coloproctología y Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos. *Cirugía Española*. 2017 08;95(7):369-377. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.03.008>
13. Wilkins T Embry K George R. Diagnosis and Management of Acute Diverticulitis. *American Family Physician*. 2013; 87 (9): 612-620. Disponible en <https://www.aafp.org/afp/2013/0501/p612.pdf>
14. Gralista P, Moris D, Vailas M, Angelou A, Petrou A, Felekouras E, Papalampros A. Laparoscopic Approach in Colonic Diverticulitis. *Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques*. 2017 04;27(2):73-82. <https://doi.org/10.1097/sle.0000000000000386>
15. Mulholland M Lillemoe K Doherty G et al. *Greenfield's Surgery: Scientific Principles And Practice*. Wolter's Kluver 2017; 6: 3215.
16. Medina Fernández F, Díaz Jiménez N, Gallardo Herrera A, Gómez Luque I, Garcilazo Arsimendi D, Gómez Barbadillo J. Nuevas tendencias en el manejo de la diverticulitis y la enfermedad diverticular del colon. *Revista Española de Enfermedad Digestivas* [Internet]. 2015; (Volumen 107, número 3.): 162-170. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v107n3/es_revision.pdf