



**Seminario: Diverticulitis aguda no complicada y complicada.**

**Autor: Cristina Carretero**

### Definición y fisiopatología

La diverticulitis aguda se define como la inflamación y/o infección de un divertículo. Sucede hasta en 4% de los pacientes con divertículos. Se puede clasificar según su curso en *aguda* o *crónica* y según sus complicaciones en *no complicada* o *complicada*. Esta última se define como aquella que presenta abscesos, fístulas, obstrucción intestinal o perforación libre.

La diverticulitis aguda sucede tras la obstrucción de un orificio diverticular por un fecalito, este fecalito erosiona la mucosa del saco diverticular y produce una inflamación de la mucosa de bajo grado, y un bloqueo del drenaje. A su vez la obstrucción por el fecalito puede aumentar la flora bacteriana a ese nivel, disminuyendo el flujo venoso y produciendo fenómenos locales de isquemia que producen alteración de los mecanismos de defensa.

Esta cascada de eventos, permite que las bacterias sobrepasen la mucosa y extiendan el proceso inflamatorio de forma transmural, pudiendo a llegar a perforar en algunas situaciones. Se puede producir una microperforación, localizada y contenida por la grasa pericólica y por el mesenterio, causando pequeños abscesos pericólicos. Sí la perforación es de mayor tamaño, formará a su vez abscesos más grandes, que incluso pueden formar masas inflamatorias. Estas masas pueden producir fibrosis y extenderse a otros órganos, llegando incluso a la formación de fístulas. En aquellas situaciones en las que se produzca una perforación libre, hay que reconocer una situación que puede ser de riesgo vital ya que se pueden liberar bacterias y material fecal directamente al peritoneo, con la subsecuente peritonitis. Según la gravedad la perforación, lo que resulta muy útil para el manejo posterior como veremos más adelante.



PROGRAMA DOCENTE ACADÉMICO  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
Y HEPATOLOGÍA

CLASIFICACIÓN DE HINCHEY	
0	Diverticulitis clínicamente moderada
1a	Inflamación pericólica limitada, no absceso
1b	Inflamación pericólica limitada con absceso
2	Absceso pélvico, retroperitoneal o a distancia
3	Peritonitis generalizada, no comunicación con la luz intestinal
4	Peritonitis fecaloidea, comunicación libre con la luz intestinal

### Manifestaciones clínicas

La sospecha de una diverticulitis aguda, proviene del cuadro clínico que se caracteriza por dolor en fosa ilíaca izquierda, que puede ser intermitente o constante, y suele asociarse a fiebre. Es poco frecuente que derive en una situación de hipotensión y shock. Siendo éstas las manifestaciones más frecuentes, hay que tener en cuenta que algunos pacientes pueden presentar también cambios en el ritmo intestinal, anorexia, náuseas y vómitos y disuria secundaria a la irritación vesical.

En la exploración física destaca dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda, con signos de defensa y peritonismo, pudiendo presentar también una masa palpable.

### Diagnóstico

Para el diagnóstico de una diverticulitis aguda se requiere de una prueba de imagen, que puede ser una TC o una ecografía abdominal.

La TC es útil porque permite diagnosticar el proceso y también sus complicaciones; se realiza con contraste oral y endovenoso y se considera la prueba de elección ante la sospecha de una diverticulitis, ya que es una exploración disponible de forma mayoritaria, y que permite identificar las complicaciones con un alto rendimiento diagnóstico. La principal ventaja de la ecografía es su bajo coste. El rendimiento



diagnóstico y valor predictivo positivo son muy similares al de la TC, sin embargo, es operador dependiente, y menos eficiente para el diagnóstico de procesos alternativos.

### Tratamiento

Probablemente, la principal decisión a tomar ante un paciente con una diverticulitis aguda es la necesidad o no de ingreso para tratamiento. Consideraremos el paciente debe recibir tratamiento ingresado cuando presente intolerancia oral, vómitos, fiebre, no responda al tratamiento ambulatorio o presente la diverticulitis complicada. El tratamiento incluye reposo intestinal y dieta líquida al inicio del cuadro. Entre 2 y 4 días después del ingreso, si el paciente mejora clínicamente, se puede progresar aumentando la dieta. Durante el ingreso el paciente recibirá tratamiento antibiótico endovenoso, pudiendo completar hasta 7-10 días de antibioterapia oral en caso necesario. Se recomienda un antibiótico que cubra bacterias Gram negativas y anaerobios.

Los pacientes que no requieren ingreso, también iniciarán el tratamiento con reposo intestinal y dieta líquida. En los últimos diez años se ha debatido la necesidad de administrar tratamiento antibiótico universal a los pacientes ambulatorios. En las últimas guías, se recomienda administrar antibióticos en pacientes inmunocompetentes con diverticulitis no complicada que presenten: comorbilidades o sean pacientes frágiles, síntomas refractarios al tratamiento, que presenten vómitos, con PCE > 140 mg/litro, > 15000 leucocitos o con una diverticulitis no complicada que presente una colección fluida o un segmento largo de afectación en las pruebas de imagen.

### Diverticulitis complicada

Se define como diverticulitis complicada aquella que presenta abscesos, fístulas, obstrucción intestinal o perforación.



### **Absceso**

Aproximadamente 15% de los pacientes con una diverticulitis desarrollará un absceso pericólicos o intramesentérico. Sospecharemos la presencia de un absceso si el paciente presenta dolor a la palpación, una masa palpable, fiebre persistente y leucocitosis persistente a pesar del tratamiento intravenoso adecuado. La prueba diagnóstica de elección es la TC abdominal y el tratamiento depende de la clasificación de Hinchey:

- Tratamiento conservador: Grado 0 (diverticulitis clínicamente moderada) y grado 1a (inflamación pericólica limitada, sin absceso). También puede plantearse tratamiento conservador para el grado 1b (inflamación pericólica limitada con absceso) y para el grado 2 (presencia de absceso pélvico, retroperitoneal o a distancia), cuando el absceso es menor de dos centímetros.
- Drenaje percutáneo: se recomienda drenaje percutáneo del absceso, en caso de una diverticulitis grado 1b o 2 en los que el absceso es mayor de dos centímetros.
- Tratamiento quirúrgico urgente: se recomienda en aquellos casos en los que se clasifique como un grado 3 (peritonitis generalizada, sin comunicación con la luz intestinal) o grado 4 (peritonitis fecaloidea, comunicación libre con la luz intestinal)

### **Fístulas**

Las fístulas se producen tras la ruptura de un flemón diverticular o de un absceso, que rompen hacia un órgano adyacente. Se desarrollan en menos del 5% de los pacientes con diverticulitis y las más frecuentes son las fístulas colovesicales, seguidas por las colovaginales en segundo lugar. Las fístulas colovesicales son más frecuentes en varones, por la proximidad del colon a la vejiga; que la mujer el útero parecer proteger a la vejiga.



### **Obstrucción**

Pueden verse casos de obstrucción intestinal en el momento de la diverticulitis aguda, o también pueden observarse de forma crónica. Durante el episodio agudo, la obstrucción se produce por el estrechamiento luminal que se produce por la inflamación pericólica, por la compresión de un absceso, o por ambas.

Es infrecuente que se produzca una obstrucción completa, siendo más frecuente en la posibilidad de detectar un íleo paralítico secundario o una pseudoobstrucción.

En general, responden bien al tratamiento conservador que requiere antibióticos, reposo intestinal y la colocación de una sonda nasogástrica. No obstante, en aquellos pacientes que no responden al tratamiento conservador, debe plantearse tratamiento quirúrgico. Tras varios episodios de diverticulitis, se puede producir una estenosis crónica, en cuyo caso tanto la TC como la colonoscopia son de utilidad para descartar que la etiología de la obstrucción sea maligna.

### **Perforación**

La perforación es poco frecuente, con 4 casos/100000 pero se trata de una emergencia quirúrgica. En los casos en los que se sospeche esta entidad, la radiología simple mostrará un neumoperitoneo, siendo este dato suficiente para justificar una intervención. Además, estos pacientes requieren la administración de antibióticos de amplio espectro.