



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**ACTUALIZACIÓN DEL MANEJO CLÍNICO-TERAPÉUTICO  
SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE HINCHEY MODIFICADA DE LA  
ENFERMEDAD DIVERTICULAR. REVISIÓN SISTEMÁTICA  
TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICA**

**AUTOR: DALILA STEFFANIA LALVAY ZAMBRANO**

**DIRECTOR: EDGAR ADRIANO CRESPO VINTIMILLA**

**AZOGUES- ECUADOR**

**2024**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

ACTUALIZACIÓN DEL MANEJO CLÍNICO-TERAPÉUTICO SEGÚN  
LA CLASIFICACIÓN DE HINCHEY MODIFICADA DE LA  
ENFERMEDAD DIVERTICULAR. REVISIÓN SISTEMÁTICA

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICA**

**AUTOR: DALILA STEFFANIA LALVAY ZAMBRANO**

**DIRECTOR: DR. EDGAR ADRIANO CRESPO VINTIMILLA**

**AZOGUES - ECUADOR**

**2024**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**Declaratoria de Autoría y Responsabilidad**

**Dalila Steffania Lalvay Zambrano** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0106106826**. Declaro ser el autor de la obra: **“Actualización del manejo clínico-terapéutico según la clasificación de Hinchey modificada de la enfermedad diverticular. Revisión Sistemática”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Azogues, **06 de marzo de 2024**

F: 

**Dalila Steffania Lalvay Zambrano**

**C.I. 0106106826**

## CERTIFICACIÓN DEL TUTOR / DIRECTOR

Certifico que el presente trabajo denominado: **“Actualización de manejo clínico-terapéutico según la clasificación de Hinchey modificada de la enfermedad diverticular. Revisión Sistemática”**, realizado por **Dalila Steffania Lalvay Zambrano** con documento de identidad: **0106106826** previo a la obtención del título de médico/a, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica; por lo que se encuentra apto para su presentación y defensa ante el respectivo tribunal.

Azogues, 01 de marzo de 2024



---

Dr. Edgar Adriano Crespo Vintimilla

TUTOR DE TESIS

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo lo dedico primeramente a mis padres Patricio Lalvay y Diana Zambrano, que desde el momento que supieron mi deseo de convertirme en médico no dudaron en apoyarme a lo largo de este proceso universitario hasta cumplir este sueño deseado, también se la dedico a mis hermanos Patricia Lalvay y David Lalvay por ser esos compañeros en este largo viaje y compartir todos esos momentos de dificultades, esfuerzos y alegrías.

A mis amigas y compañeros que ciclo a ciclo fueron esa compañía a lo largo de esta carrera, que siempre estuvimos apoyándonos las unas a las otras para poder ser lo que tanto anhelábamos unas profesionales del área de la salud.

## **AGRADECIMIENTO**

Mi agradecimiento al único y sabio Dios, quien tiene el conocimiento, la ciencia, la sabiduría por excelencia y nos hermosea con su gracia. Agradezco a Dios porque desde el vientre de mi madre empezó a escribir una historia no solamente de logros sino también de fracasos, que me enseñaron a ser mejor persona día tras día, además de esto, en su libro están escritos todos sus propósitos para mi vida, de los cuales estoy cumpliendo uno de ellos, solamente me queda decir gracias Dios por tu misericordia y amor que muestra en mi vida, ya que si no fuera por su voluntad ni una hoja se movería sobre la faz de la tierra.

Agradezco a mi padre Patricio Lalvay, quien cada día se esmera en darme un mejor futuro y me enseña que con esfuerzo, dedicación y humildad puedes alcanzar tus metas, a mi madre Diana Zambrano quien con su carácter me enseñó que el mundo no está hecho para débiles, sino para valientes que día a día luchan para salir adelante en la vida, a mis hermanos Patricia y David Lalvay, quienes me apoyaron y fueron mi inspiración para ser mejor cada día.

También agradezco a mis tíos Hugo Lalvay y Nieves Lalvay, quienes me abrieron las puertas de su casa y me aceptaron como una hija más para iniciar esta hermosa carrera, a mis primos Dennis y Alexander Lalvay, quienes cada día que paso con sus preguntas de cómo ha sido mi día me hicieron sentir parte de la familia.

A todos los docentes de la Universidad Católica de Cuenca- Sede Azogues por brindarme todos sus conocimientos para mi formación. Mis amigas Nicole Ijujes y Joselyn Nuñez quienes fueron parte de cada clase, trabajos y proyectos.

## **Actualización del manejo clínico-terapéutico según la clasificación de Hinchey modificada de la enfermedad diverticular. Revisión Sistemática**

Dalila Steffania Lalvay Zambrano, Edgar Adriano Crespo Vintimilla

Universidad Católica de Cuenca [dslalvayz26@est.ucacue.edu.ec](mailto:dslalvayz26@est.ucacue.edu.ec)

### **RESUMEN**

Según la clasificación de Hinchey modificada la enfermedad diverticular se clasifica en diverticulitis no complicada y complicada (estenosis, perforación, absceso o fístula), que puede presentarse desde un cuadro clínico leve hasta una peritonitis e inestabilidad hemodinámica. El manejo terapéutico de la diverticulitis aguda (DA) no complicada (0a y Ia) se basa en controlar los síntomas, mientras que la complicada se basa en la intervención quirúrgica siendo de elección el procedimiento de Hartmann. Objetivo: Investigar la actualización del manejo clínico-terapéutico según la clasificación de Hinchey modificada de la enfermedad diverticular Metodología: Se realizó una revisión sistemática de tipo descriptivo, con enfoque cualitativo, diseño no experimental, estructurado según las guías PRISMA 2020. La información de base en artículos científicos tales como PubMed, Google Scholar, SciELO, Elsevier y NIH. Resultados: Se incluyeron 27 artículos para la redacción de esta revisión. PubMed: 9 artículos, Google Académico: 3 artículos, SciELO: 1 artículo, NIH: 11 artículos y Elsevier: 3 artículos. Conclusiones: Cada vez existen pruebas de no tratar la diverticulitis colónica no complicada con antibióticos es una alternativa de tratamiento seguro y eficaz. En el caso de Hinchey I y II se debe administrar líquidos, analgesia y antibioticoterapia, en los casos de Hinchey II se evaluará la realización de drenaje percutáneo acorde al tamaño del absceso. En pacientes con Hinchey III al IV el tratamiento consiste en intervención quirúrgica de urgencia, siendo el procedimiento de Hartmann el más utilizado.

*Palabras clave:* diverticulitis aguda, enfermedad diverticular, Hinchey modificada, procedimiento de Hartmann, tratamiento.

## **Update on Clinical-Therapeutic Management according to the Modified Hinchey Classification of Diverticular Disease. A Systematic Review**

Dalila Steffania Lalvay Zambrano, Edgar Adriano Crespo Vintimilla

Catholic University of Cuenca, [dslalvayz26@est.ucacue.edu.ec](mailto:dslalvayz26@est.ucacue.edu.ec)

### **ABSTRACT**

According to the modified Hinchey classification, diverticular disease is classified into uncomplicated and complicated diverticulitis (stenosis, perforation, abscess, or fistula), which can range from mild clinical symptoms to peritonitis and hemodynamic instability. The therapeutic management of acute uncomplicated diverticulitis (AUD) (0a and Ia) is based on symptom control. In contrast, complicated diverticulitis is based on surgical intervention, with the Hartmann procedure being the treatment of choice. Objective: To investigate the update on clinical-therapeutic management according to the modified Hinchey classification of diverticular disease. Methodology: A descriptive systematic review was conducted using a qualitative approach and a non-experimental design structured according to PRISMA 2020 guidelines. The information was based on scientific articles from PubMed, Google Scholar, SciELO, Elsevier, and NIH databases. Results: Twenty-seven articles were included in this review. PubMed: 9 articles, Google Scholar: 3 articles, SciELO: 1 article, NIH: 11 articles, and Elsevier: 3 articles. Conclusions: There is increasing evidence that not treating uncomplicated colonic diverticulitis with antibiotics is a safe and effective treatment alternative. In cases of Hinchey I and II, fluids, analgesia, and antibiotic therapy should be administered, and in cases of Hinchey II, percutaneous drainage will be evaluated according to the abscess size. Treatment in patients with Hinchey III to IV consists of emergency surgical intervention, with the Hartmann procedure being the most commonly used.

*Keywords:* diverticulitis, diverticular disease, Hinchey, Hartmann procedure, treatment

## ÍNDICE

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD.....	I
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR/DIRECTOR.....	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
ÍNDICE.....	VII
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. ANTECEDENTES.....	3
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
4. JUSTIFICACIÓN.....	5
5. OBJETIVOS.....	6
5.1 Objetivo General.....	6
5.2 Objetivos Específicos.....	6
6. METODOLOGÍA.....	6
7. RESULTADOS.....	16
8. CONTENIDO.....	32
DEFINICIÓN.....	32
CLASIFICACIÓN LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR.....	32
Clasificación de la Diverticulitis aguda.....	34
EPIDEMIOLOGÍA.....	35
TRATAMIENTO.....	36
COMPLICACIONES.....	41
RECURRENCIAS.....	41
9. DISCUSIÓN.....	42
10. CONCLUSIÓN.....	46
11. LIMITACIONES.....	47
12. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	47
13. CRONOGRAMA.....	47
14. BIBLIOGRAFÍA.....	48
15. ANEXO.....	52

## 1. INTRODUCCIÓN

La detección de divertículos en el intestino grueso suele ser un hallazgo incidental muy común durante la colonoscopia, la incidencia de la diverticulosis y de la enfermedad diverticular han incrementado a nivel mundial en los últimos tiempos, estas pueden afectar a las personas jóvenes y por su gran morbimortalidad, se ha convertido en una carga importante para los sistemas de salud. El divertículo se caracteriza por una tríada patológica consistente en ensanchamiento de la musculatura colónica, penetración del divertículo a través de la mucosa y la capa muscular donde existe mayor debilidad y redundancia de los pliegues mucosos superficiales.(1,2)

La enfermedad diverticular abarca un espectro de afecciones. La diverticulosis se define por la presencia de hernias asintomáticas en forma de saco, o divertículos, de la mucosa y submucosa del colon a través de un punto de debilidad en la pared muscular donde penetran los vasos sanguíneos, este proceso se ve facilitado por una dieta occidental pobre en fibra y rica en carnes rojas.(4)

Casi el 25% de las personas con diverticulosis experimentará en algún momento diverticulitis aguda que puede ser complicada o no complicada. La diverticulitis no complicada se define por la inflamación localizada de los divertículos y su tejido adiposo pericólico. La diverticulitis complicada es más grave e incluye estenosis, sangrado, perforación, absceso o formación de fístula. En general, la presentación más común es la de diverticulitis aguda no complicada (DANC), en la que los pacientes presentan dolor abdominal, fiebre y leucocitosis. (5)

La diverticulitis se suele presentar con dolor abdominal en el cuadrante inferior izquierdo más sintomatología general incluyendo alza térmica y malestar, a pesar de esto, la presentación es variable y puede caracterizarse por dolor abdominal leve hasta peritonitis e inestabilidad hemodinámica. El síntoma más común es el dolor abdominal que puede ser agudo o subagudo en el cuadrante inferior izquierdo debido a que la diverticulitis se suele localizar en gran parte de casos a nivel de colon sigmoideo o descendente. (3)

Otras manifestaciones son diarrea en 35 % de casos, constipación en un 50% de los casos, además de náuseas y vómitos. La presencia de fecaluria o piuria en un caso de diverticulitis puede implicar la existencia de una fístula colovesical y en el caso de existir

paso de gas o heces a través de la vagina puede significar una fístula colovaginal. El método diagnóstico estandarizado para esta patología es la tomografía. (4)

La terapia de rutina de la diverticulitis aguda (DA) no complicada se fundamenta en el ingreso hospitalario del paciente y la aplicación de antibioticoterapia intravenosa más solución salina con la finalidad de conseguir una mejoría clínica y de los resultados de analítica. En la actualidad, ha habido un cambio en el paradigma de la génesis de esta patología, pasando de un proceso infeccioso a un proceso predominantemente inflamatorio. (6)

La terapéutica antibiótica parenteral ha sido cuestionada, múltiples estudios apoyan la terapia antibiótica ambulatoria en casos de DA leve o no complicada, a pesar de que la literatura reciente se enfoca en tratar la diverticulitis aguda leve sin terapia antibiótica, el tratamiento clásico intravenoso con ingreso hospitalario sigue siendo ampliamente utilizado. (7)

## **2. ANTECEDENTES**

La patología diverticular en algún momento se consideró como una curiosidad médica poco frecuente, sin embargo, en la actualidad su identificación es muy común a nivel hospitalario y ambulatorio. Painter y Burkitt fueron los encargados de documentar por primera vez un gran incremento de la prevalencia de enfermedad diverticular desde la era de la revolución industrial y las diferencias entre la prevalencia de naciones orientales y occidentales. Esto condujo a la elaboración de la teoría que dicta que la patología diverticular era la consecuencia del déficit de fibra en la dieta, se creía que la diverticulitis se desarrollaba cuando un divertículo se encontraba obstruido por materia fecal, lo que producía estenosis, traumatismo e isquemia. (3.7)

Los antibióticos y la intervención quirúrgica se constituyeron como el pilar terapéutico para la diverticulitis. En los últimos 20 años ha existido un resurgimiento en el interés por la enfermedad diverticular, las nuevas técnicas de diagnóstico y el uso indiscriminado de antibióticos ha llevado a sopesar otras alternativas terapéuticas menos agresivas dependiendo del tipo de diverticulitis. (6)

Actualmente, múltiples ensayos controlados aleatorizados sobre la suspensión de antibioticoterapia en poblaciones de pacientes seleccionadas han demostrado ser estadísticamente seguros y eficaces como para que las recientes directrices de la Asociación Americana de Gastroenterología sobre el manejo de la diverticulitis aguda recomienden de manera abierta el uso selectivo, no rutinario, de terapia antibiótica en pacientes con diverticulitis aguda no complicada. (8)

Estos estudios también causaron cambios en las guías de la Sociedad Europea, por ejemplo, las directrices danesas sugirieron que no existen evidencias del uso obligatorio de antibioticoterapia en los casos de DA no complicada y por ende, deben usarse de manera selectiva en base al estado general del paciente, la Sociedad alemana de Gastroenterología, enfermedades Digestivas y Metabólicas y la Sociedad Alemana de Cirugía General y Visceral también sugieren evitar el uso de antibióticos en DA no complicada sin factores de riesgo. (7)

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La enfermedad diverticular es una causa importante de consulta en el área de urgencias y de cirugía gastrointestinal de urgencias y representa la tercera patología gastrointestinal más frecuente que necesita ingreso hospitalario. La diverticulitis es una patología más frecuente en el sexo masculino que en el femenino hasta aproximadamente los sesenta años, después de este periodo la incidencia se invierte, la prevalencia de esta enfermedad es mayor al 50 % en los pacientes con más de sesenta años. Aproximadamente entre el 5 al 25% de pacientes con divertículos en el colon desarrollarán un episodio de diverticulitis aguda, el 85% de estos no presentarán complicaciones. (3)

La prevalencia en ascenso de la enfermedad diverticular se puede asociar a factores como la inactividad física, la obesidad, el estreñimiento, el tabaquismo y el uso de ácido acetil salicílico y AINES de manera indiscriminada, esta situación supone un incremento progresivo de la carga hospitalaria y los costes de salud. En Estados Unidos y Europa, esta patología representa la quinta enfermedad gastrointestinal de mayor importancia en términos económicos, solo en EE. UU se hospitalizan más de doscientos mil pacientes anuales por esta afección con un costo superior a dos mil millones de dólares al año. (6)

La recurrencia de esta patología es frecuente y puede darse en un 15 a 30 % de casos posterior al primer episodio de diverticulitis aguda. En países de América Latina como México la prevalencia de la enfermedad es de 1,92% a 9,2%, en nuestro país Ecuador en el año 2014 se expusieron ochocientos casos de egresos hospitalarios por patología diverticular representando en este año una tasa de mortalidad del 0,71%, sin embargo, no hay suficientes estudios que nos permitan conocer la realidad actual de esta enfermedad a nivel nacional y regional. (8,10)

#### **4. JUSTIFICACIÓN**

La diverticulitis aguda es una condición médica caracterizada por la inflamación de uno o más divertículos en el colon, generalmente debido a la obstrucción de estos pequeños sacos en la pared del colon. El tratamiento de la diverticulitis aguda es crucial y suele depender de la gravedad de los síntomas y la presencia de complicaciones. El manejo adecuado de esta condición puede implicar una combinación de enfoques médicos y quirúrgicos, según la gravedad y la naturaleza de la enfermedad en cada caso particular.

Como médicos generales es necesario tener conocimientos básicos sobre el accionar terapéutico ante esta enfermedad, esta revisión sistemática se centra en el abordaje terapéutico inicial de la enfermedad diverticular con la finalidad de promover la educación continua del personal de la salud respecto a las medidas clínicas que deberemos aplicar en la práctica del día a día en el área de urgencias y atención primaria.

## 5. OBJETIVOS

### 5.1 Objetivo General

Investigar la actualización del manejo clínico-terapéutico según la clasificación de Hinchey modificada de la enfermedad diverticular.

### 5.2 Objetivos Específicos

- Definir los espectros clínicos de la enfermedad diverticular y la situación actual a nivel mundial y regional.
- Describir la clasificación de Hinchey modificada y su importancia en la diferenciación entre diverticulitis complicada y no complicada.
- Identificar el manejo más acertado para cada grado de diverticulitis según Hinchey según las guías basadas en evidencia.

## 6. METODOLOGÍA

**Tipo de estudio:** Se realizó una revisión sistemática de tipo descriptivo-cualitativa, no experimental, estructurada según las guías PRISMA 2020.

**Estrategias de búsqueda:** Se utilizó distintos motores de búsqueda tales como: PubMed, Google Scholar, SciELO, Elsevier y NIH para la recopilación de publicaciones aptas para la redacción de este escrito utilizando palabras clave tales como: “diverticulitis aguda”, “enfermedad diverticular”, “Hinchey modificada”, “procedimiento de Hartmann”, “tratamiento” incluyendo publicaciones en idioma inglés o español.

La información recolectada deberá estar indexada y publicada entre 2018-2023. La interrogante guía que fundamenta esta revisión sistemática: ¿Cuáles son las estrategias terapéuticas por utilizar en cada grado de diverticulitis según la clasificación de Hinchey modificada?

### Criterios de Elegibilidad

### Criterios de inclusión

- Idioma inglés y español
- Publicaciones indexadas a bases de datos científicas

- Publicaciones dentro del periodo 2018-2023
- Publicaciones que obedezcan los objetivos planteados

**Criterios de exclusión**

- Trabajos de monografías, tesis y documentos sin aporte científico
- Publicaciones no indexadas a bases de datos científicas
- Antigüedad de las publicaciones mayor a un lustro
- Publicaciones de acceso pagado

**Tabla 1: Base de Datos**

<b>N.º</b>	<b>Base de Datos</b>	<b>Título</b>	<b>Año</b>	<b>Idioma</b>	<b>Tipo de Artículo</b>	<b>Enlace</b>
1	PubMed	Are antibiotics necessary in a first episode of uncomplicated diverticulitis?	2019	Inglés	Ensayo clínico aleatorizado de tratamiento observacional	<a href="https://link.springer.com/article/10.1007/s00104-019-0833-4">https://link.springer.com/article/10.1007/s00104-019-0833-4</a>
2	PubMed	Efficacy and Safety of Non antibiotic Outpatient Treatment in Mild Acute Diverticulitis (DINAMO-study)	2021	Inglés	Ensayo multicéntrico, aleatorizado, abierto, de no inferioridad	<a href="https://journals.lww.com/annalsurgery/abstract/2021/11000/efficacy_and_safety_of_nonantibiotic_outpatient.37.aspx">https://journals.lww.com/annalsurgery/abstract/2021/11000/efficacy_and_safety_of_nonantibiotic_outpatient.37.aspx</a>
3	PubMed	Meta-analyses of Current Strategies to Treat Uncomplicated Diverticulitis	2019	Inglés	Metanálisis	<a href="https://journals.lww.com/dcrjournal/abstract/2019/03000/meta_analyses_of_current_strategies_to_treat.17.aspx">https://journals.lww.com/dcrjournal/abstract/2019/03000/meta_analyses_of_current_strategies_to_treat.17.aspx</a>
4	PubMed	Conservative management of acute perforated diverticulitis: A systematic review	2019	Inglés	Revisión Sistemática	<a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1751-2980.12838">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1751-2980.12838</a>

5	PubMed	Outpatient management of acute uncomplicated diverticulitis results in health-care cost savings	2018	Inglés	Estudio Retrospectivo	<a href="https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00365521.2018.1448887">https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00365521.2018.1448887</a>
6	PubMed	Acute Colonic Diverticulitis	2018	Inglés	Revisión Bibliográfica	<a href="https://scihub.st/10.7326/AITC201805010?url_ver=Z39.88-2003">https://sci-hub.st/10.7326/AITC201805010?url_ver=Z39.88-2003</a>
7	PubMed	Hartmann's Procedure vs Primary Anastomosis with Diverting Loop Ileostomy for Acute Diverticulitis: Nationwide Analysis of 2,729 Emergency Surgery Patients	2019	Inglés	Ensayo Aleatorizado	<a href="https://journals.lww.com/journalacs/abstract/2019/07000/hartmann_s_procedure_vs_primary_anastomosis_with.10.aspx">https://journals.lww.com/journalacs/abstract/2019/07000/hartmann_s_procedure_vs_primary_anastomosis_with.10.aspx</a>
8	PubMed	Hartmann's procedure versus sigmoidectomy with primary anastomosis for perforated diverticulitis with purulent or faecal peritonitis (LADIES): a multicenter, parallel-group, randomized, open-label, superiority trial	2019	Inglés	Ensayo multicéntrico, de grupos paralelos, aleatorizado, abierto, de superioridad	<a href="https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253(19)30174-8/fulltext">https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253(19)30174-8/fulltext</a>
9	PubMed	Is the outpatient management of acute diverticulitis safe and effective? A systematic review and meta-analysis	2019	Inglés	Revisión Sistemática	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30684110/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30684110/</a>

10	PubMed	Diverticular disease of the colon in Europe: epidemiology, impact on citizen health and prevention	2003	Inglés	Revisión Bibliográfica	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14531745/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14531745/</a>
11	Google Académico	Descripción de las complicaciones posquirúrgicas de la enfermedad diverticular de colon, Hospital Luis Vernaza, Guayaquil-Ecuador, 2015-2016	2019	Español	Estudio Retrospectivo	<a href="http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/16416">http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/16416</a>
12	Google Académico	Epidemiología, Patogenia, Diagnóstico Y Tratamiento De Enfermedad Diverticular, 2023	2023	Español	Revisión Bibliográfica	<a href="https://revistamedica.com/doi-epidemiologia-patogenia-diagnostico-tratamiento-enfermedad-diverticular/">https://revistamedica.com/doi-epidemiologia-patogenia-diagnostico-tratamiento-enfermedad-diverticular/</a>
13	Google Académico	Actualización sobre fisiopatología y manejo inicial de diverticulitis aguda	2022	Español	Revisión Bibliográfica	<a href="https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/894/1985">https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/894/1985</a>
14	Google Académico	Conservative management of acute perforated diverticulitis: A systematic review	2019	Inglés	Revisión Sistemática	<a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1751-2980.12838">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1751-2980.12838</a>
15	Google Académico	La enfermedad diverticular hoy. Revisión de la evidencia	2021	Español	Revisión Bibliográfica MBI	<a href="https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_artext&amp;pid=S2452-45492021000300322">https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_artext&amp;pid=S2452-45492021000300322</a>

16	Google Académico	Evolving Practice Patterns in the Management of Acute Colonic Diverticulitis	2014	Inglés	Análisis Poblacional	<a href="https://journals.lww.com/dcrjournal/abstract/2014/12000/evolving_practice_patterns_in_the_management_of.11.aspx">https://journals.lww.com/dcrjournal/abstract/2014/12000/evolving_practice_patterns_in_the_management_of.11.aspx</a>
17	NIH	Progress and challenges in the management of diverticular disease: which treatment?	2018	Inglés	Revisión Bibliográfica	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6056793/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6056793/</a>
18	NIH	Considerations and Changes in the Evaluation, Management, and Outcomes in the Management of Diverticular Disease: The Diagnosis, Pathology, and Treatment of Diverticular Colitis	2018	Inglés	Revisión Bibliográfica	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6014843/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6014843/</a>
19	NIH	Management of perforated diverticulitis with generalized peritonitis. A multidisciplinary review and position paper	2021	Inglés	Consenso Clínico	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7884367/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7884367/</a>
20	NIH	Two-year results of the randomized clinical trial DILALA comparing laparoscopic lavage with resection as treatment for perforated diverticulitis	2018	Inglés	Ensayo aleatorizado	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6055876/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6055876/</a>

21	NIH	Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment of Diverticulitis	2019	Inglés	Revisión Bibliográfica	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6716971/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6716971/</a>
22	NIH	Acute Diverticulitis	2023	Inglés	Capítulo de libro	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459316/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459316/</a>
23	NIH	Diverticular Disease: A Review on Pathophysiology and Recent Evidence	2020	Inglés	Revisión Bibliográfica	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7576390/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7576390/</a>
24	NIH	2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting	2020	Inglés	Consenso Clínico	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7206757/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7206757/</a>
25	NIH	Antibiotics in Uncomplicated Acute Diverticulitis: To Give or Not to Give?	2018	Inglés	Revisión Bibliográfica	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6361500/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6361500/</a>
26	NIH	A systematic review and meta-analysis of outpatient treatment for acute diverticulitis	2018	Inglés	Revisión Sistemática y Metanálisis	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5899114/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5899114/</a>
27	NIH	EAES and SAGES 2018 consensus conference on acute diverticulitis management: evidence-based recommendations for clinical practice	2019	Inglés	Consenso Clínico	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6684540/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6684540/</a>

28	NIH	Is the outpatient management of acute diverticulitis safe and effective? A systematic review and meta-analysis	2019	Inglés	Revisión Bibliográfica	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30684110/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30684110/</a>
29	NIH	WSES Guidelines for the management of acute left sided colonic diverticulitis in the emergency setting	2016	Inglés	Consenso Clínico	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4966807/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4966807/</a>
30	NIH	Home Treatment of Uncomplicated Acute Diverticulitis	2012	Inglés	Revisión Bibliográfica	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3723222/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3723222/</a>
31	NIH	Diagnosis and management of acute appendicitis. EAES consensus development conference 2015	2016	Inglés	Consenso Clínico	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5082605/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5082605/</a>
32	NIH	Management of acute uncomplicated diverticulitis without antibiotics: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of predictors of treatment Failure	2018	Inglés	Metanálisis: Acceso con suscripción	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1356191/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1356191/</a>
33	NIH	Outpatient treatment of uncomplicated diverticulitis: a systematic review	2016	Inglés	Revisión Sistemática	<a href="https://journals.lww.com/eurojgh/abstract/2016/06000/outpatient_treatment_of_uncomplicated_2.aspx">https://journals.lww.com/eurojgh/abstract/2016/06000/outpatient_treatment_of_uncomplicated_2.aspx</a>
34	Scielo	Enfermedad diverticular del colon	2005	Español	Revisión Bibliográfica	<a href="https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_artext&amp;pid=S1130-">https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_artext&amp;pid=S1130-</a>

						<a href="#">01082005000600009#:~:text=La%20diverticulitis%20se%20produce%20por%20la%20perforaci%C3%B3n%20diminuta,y%20dolor%20al%20apretar%20y%20luego%20soltar%20bruscamente%29.</a>
35	Scielo	La enfermedad diverticular hoy. Revisión de la evidencia	2021	Español	Revisión Bibliografica MBI	<a href="https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S2452-45492021000300322">https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S2452-45492021000300322</a>
36	Elsevier	Diverticulitis aguda de colon derecho: manejo de una entidad poco común	2022	Español	Revisión Bibliográfica: Acceso con suscripción	<a href="https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-diverticulitis-aguda-colon-derecho-manejo-S0009739X21002645#:~:text=Texto%20completo%20En%20los%20pa%C3%ADses%20occidentales%20la%20diverticulitis,1%2C5%25%20de%20la%20diverticulitis%20en%20los%20pa%C3%ADses%20occidentales.">https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-diverticulitis-aguda-colon-derecho-manejo-S0009739X21002645#:~:text=Texto%20completo%20En%20los%20pa%C3%ADses%20occidentales%20la%20diverticulitis,1%2C5%25%20de%20la%20diverticulitis%20en%20los%20pa%C3%ADses%20occidentales.</a>
37	Elsevier	Prevención y tratamiento de la diverticulitis aguda	2008	Español	Revisión Bibliográfica	<a href="https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-prevencion-tratamiento-diverticulitis-aguda-13125841">https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-prevencion-tratamiento-diverticulitis-aguda-13125841</a>
38	Elsevier	Consenso mexicano sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon	2019	Español	Consenso Clínico	<a href="http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-consenso-mexicano-sobre-el-diagnostico-articulo-S037509061930045X">http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-consenso-mexicano-sobre-el-diagnostico-articulo-S037509061930045X</a>

39	Elsevier	Perforated diverticulitis: To anastomose or not to anastomose? A systematic review and meta-analysis	2018	Inglés	Revisión Sistemática y Metanálisis	<a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919118315747?via%3Dihub">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919118315747?via%3Dihub</a>
40	Elsevier	Actualización del manejo de la diverticulitis aguda no complicada en nuestro centro. Igualmente, efectivo, más eficiente	2020	Español	Estudio de Cohortes	<a href="https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-actualizacion-del-manejo-diverticulitis-aguda-S021057052030073X">https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-actualizacion-del-manejo-diverticulitis-aguda-S021057052030073X</a>

## 7. RESULTADOS

Se recopiló cuarenta artículos de distintos artículos científicos tales como: SciELO, Elsevier, NIH, Google Académico y PubMed

Se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión con lo cual: 3 artículos se encontraban repetidos, 8 artículos excedían el tiempo de antigüedad y 2 artículos eran inaccesibles por ser de paga. En total fueron excluidos 13 artículos

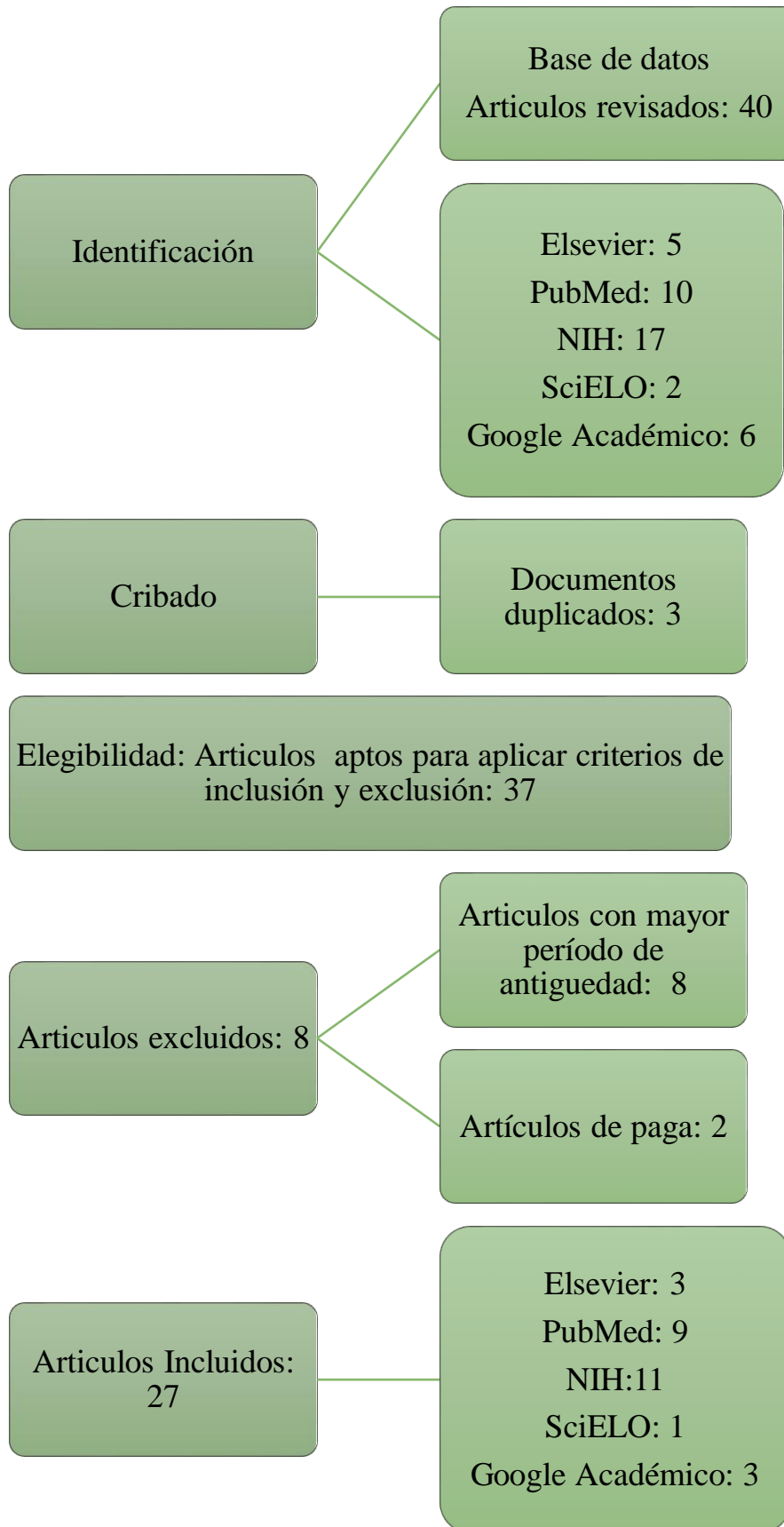
Se incluyeron 27 artículos para la redacción de esta revisión. PubMed: 9 artículos, Google Académico: 3 artículos, SciELO: 1 artículo, NIH: 11 artículos y Elsevier: 3 artículos.

En la tabla 2 en las revisiones bibliográficas 12,14, 19, 24 confirman que los aspectos clínicos de la diverticulitis aguda dependen de la gravedad de la enfermedad, que pueden ser síntomas leves como los cambios en los hábitos intestinales presencia de diarrea (35%) o estreñimiento (50%) con dolor abdominal en cuadrante inferior izquierdo, mientras en una diverticulitis aguda complicada existe la presencia de fiebre, signos peritoneales (rigidez, dolor de rebote) e inestabilidad hemodinámica.

En la tabla 2 en las revisiones bibliográficas 6, 11, 13, 17, 18 determina la gravedad de la diverticulitis aguda según la clasificación de Hinchey modificada que se basa a los hallazgos de la TAC, siendo como guía para el manejo terapéutico o quirúrgico. En la diverticulitis aguda no complicada, estudios han demostrado que su manejo puede incluir o no antibióticos, como puede ser tratado de forma ambulatoria con amoxicilina con amoxicilina + ácido clavulánico, o ciprofloxacina con metronidazol en alérgicos a la penicilina, con una duración que varía entre 7 a 14 días.

En la tabla 2 en una revista de consenso clínico de gastroenterología número 15, 20, 23 describe a la diverticulitis complicada, los abscesos siendo los más comunes en presentarse, cuando miden menos de 5 cm pueden manejarse con terapia antibiótica y los que miden más de 5cm requieren de antibióticos y drenaje percutáneo, en Hinchey grado III Y IV sigue siendo el procedimiento de Hartmann de elección.

**Gráfico 1. Diagrama de flujo**



**Tabla 2: Organización de la información**

N.º	Base de Datos	Título	Año	Idioma	Tipo de Artículo	Autores	Objetivos y Resultados
1	PubMed	Are antibiotics necessary in a first episode of uncomplicated diverticulitis?	2019	Inglés	Ensayo clínico aleatorizado de tratamiento observacional	M. Schrempf & M. Anthuber	<p><b>Objetivo:</b> El objetivo primario del estudio fue el tiempo de recuperación, definido como la combinación del alta hospitalaria, la dieta normal, la temperatura inferior a 38 °C, la puntuación de dolor baja (EVA &lt; 4/10) y la vuelta al trabajo.</p> <p><b>Resultados:</b> En este estudio el 13% de los pacientes del grupo de observación y el 0,4% del grupo antibiótico fueron tratados de forma ambulatoria. No hubo diferencias en la tasa de reingresos entre los grupos de seguimiento y antibióticos (17,6 vs. 12,0 %) la incidencia de diverticulitis complicada en curso (3,8% vs. 2,8%) y recurrencia de diverticulitis aguda (3,4% vs. 3,0%). En el grupo de observación, el 3,8% de los pacientes y el 2,3% en el grupo de antibióticos recibieron una resección sigmoidea a los 6 meses.</p>
2	PubMed	Efficacy and Safety of Nonantibiotic Outpatient Treatment in Mild Acute	2021	Inglés	Ensayo multicéntrico, aleatorizado, abierto, de	Mora-López, Laura Ruiz-Edo, Neus	<p><b>Objetivo:</b> La EA leve se puede tratar de forma segura y eficaz de forma ambulatoria sin antibióticos.</p> <p><b>Resultados:</b> Cuatrocientos ochenta pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión fueron asignados aleatoriamente al grupo no ATB o al grupo ATB (n = 238). Las tasas de hospitalización fueron: grupo ATB del 5,8% y grupo no ATB del 3,3%</p>

		Diverticulitis (DINAMO-study)			no inferioridad	Estrada-Ferrer, Oscar et al	Revisitas: grupo ATB 16/238 (6,7%) y grupo no ATB 17/242 (7%). Control deficiente del dolor a los 2 días de seguimiento: grupo ATB 13/230 (5,7%), grupo no ATB 5/221 (2,3%).
3	PubMed	Meta-analyses of Current Strategies to Treat Uncomplicated Diverticulitis	2019	Inglés	Metaanálisis	Mege, Diane Yeo, Heather	<p><b>Objetivo:</b> El propósito de este estudio fue realizar un metaanálisis actualizado de las diferentes estrategias de manejo para la diverticulitis no complicada con 2 metaanálisis separados.</p> <p><b>Resultados:</b> Después de la revisión de 293 registros identificados, 11 estudios cumplieron con los criterios de inclusión: 7 estudios compararon el manejo observacional y el tratamiento con antibióticos (2321 pacientes). No hubo diferencias significativas entre el manejo observacional y el tratamiento con antibióticos en cuanto a la cirugía de urgencia (0,7% vs 1,4%; p = 0,1) y recurrencia (11% vs 12%; p = 0,3). En esta parte, considerando los ensayos aleatorizados, la cirugía electiva durante el seguimiento ocurrió con mayor frecuencia en el grupo observacional que en el grupo antibiótico (2,5% vs 0,9%; p = 0,04).</p>
4	PubMed	Conservative management of acute perforated	2019	Inglés	Revisión Sistemática	Chua, Terence C. Jeyakumar, Arunan	<p><b>Objetivo:</b> El objetivo de este artículo fue examinar este grupo específico de pacientes mediante la revisión de los resultados de su tratamiento conservador.</p> <p><b>Resultados:</b> De los 479 pacientes, 407 (85%) fueron tratados con éxito de forma no quirúrgica. En total, 70</p>

		diverticulitis: A systematic review				Ip, Julian C.Y. et al	(14,6%) pacientes fracasaron al tratamiento no quirúrgico y se sometieron a manejo quirúrgico, y dos (0,4%) fallecieron. La cirugía de urgencia incluye la operación de Hartmann (40%) y la resección con anastomosis con o sin estoma (24%), el lavado laparoscópico (16%) y el drenaje quirúrgico (20%). La tasa de éxito del manejo conservador fue del 94,0% y del 71,4%.
5	PubMed	Outpatient management of acute uncomplicated diverticulitis results in health-care cost savings	2018	Inglés	Estudio Retrospectivo	Isacson, Daniel Andreasson, Karl Nikberg, Maziar et al	<b>Objetivo:</b> El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto en los ingresos, las tasas de complicaciones y los costos de atención a la salud de la política de tratamiento ambulatorio sin uso de antibióticos. <b>Resultados:</b> La proporción de pacientes tratados de forma ambulatoria fue del 20% en 2011 frente al 60% en 2014 ( $p < 001,203$ ). Hubo 677 ingresos hospitalarios y una estancia hospitalaria total de 2011 días en 95 en comparación con 344 ingresos y 2014 días en 001 (ambos $p < 558,679$ ).
6	PubMed	Acute Colonic Diverticulitis	2018	Inglés	Revisión Bibliográfica	Sophia M Swanson, Lisa L Strate	La diverticulitis colónica aguda es una afección gastrointestinal que se encuentra con frecuencia en la atención primaria y hospitales. La presentación clínica varía desde dolor abdominal leve hasta peritonitis con sepsis. A menudo se puede diagnosticar solo sobre la base de las características clínicas, pero las imágenes son necesarias en las presentaciones más graves para

							descartar complicaciones como abscesos y perforaciones. El tratamiento depende de la gravedad de la presentación, la presencia de complicaciones y las afecciones comórbidas subyacentes. Los algoritmos de tratamiento médico y quirúrgico están evolucionando. Este artículo proporciona una visión general clínicamente relevante y basada en la evidencia de la epidemiología, el diagnóstico y el tratamiento de la diverticulitis aguda.
7	PubMed	Hartmann's Procedure vs Primary Anastomosis with Diverting Loop Ileostomy for Acute Diverticulitis: Nationwide Analysis of 2,729 Emergency Surgery Patients	2019	Inglés	Ensayo Aleatorizado	Lee, Jae Moo Bai P Chang, Jun El Hechi, Majed et al.	<b>Objetivo:</b> Se buscó examinar los resultados a los 30 días de los pacientes sometidos a HP emergente frente a PADLI. <b>Resultados:</b> Los pacientes del procedimiento de Hartmann tenían más comorbilidades (p. ej., EPOC: 9,8% frente a 4,8%; p = 0,017), eran más dependientes funcionalmente (6,3% frente a 2,4%; p = 0,025) y estaban más enfermos (p. ej., shock séptico: 11,1% frente a 5,3%; p = 0,015) en comparación con los pacientes con PADLI. Las tasas de mortalidad para HP vs PADLI fueron de 7,6% y 2,9% (p = 0,011). Las tasas de morbilidad fueron 55,4% y 48,6%, respectivamente (p = 0,056)
8	PubMed	Hartmann's procedure versus sigmoidectomy	2019	Inglés	Ensayo multicéntrico, de grupos	Lambrichts, Daniël P.V.	<b>Objetivo:</b> este estudio tuvo como objetivo evaluar los resultados después del procedimiento de Hartmann versus sigmoidectomía con anastomosis primaria, con o

		with primary anastomosis for perforated diverticulitis with purulent or faecal peritonitis (LADIES): a multicenter, parallel-group, randomized, open-label, superiority trial			paralelos, aleatorizado, abierto, de superioridad	Vennix, Sandra Musters, Gijsbert D. et al.	ileostomía disfuncional, para la diverticulitis perforada con peritonitis <b>Resultados:</b> En 17 (27%) de los 64 pacientes asignados a anastomosis, no se construyó ninguna estoma. La supervivencia libre de estoma a los 12 meses fue significativamente mejor para los pacientes sometidos a anastomosis primaria en comparación con el PH (94,6% [IC del 95%: 88,7-100] frente al 71,7% [IC del 95%: 60,1-83,3], cociente de riesgos instantáneos 2,79 [IC del 95%: 1,86-4,18]; rango logarítmico $p < 0.0001$ ). No hubo diferencias significativas en la morbilidad a corto plazo y la mortalidad
9	PubMed	Is the outpatient management of acute diverticulitis safe and effective? A systematic review and meta-analysis	2019	Inglés	Revisión Sistemática	Cirocchi, R. Randolph, J. J. Binda, G. A. et al	<b>Objetivo:</b> El objetivo de esta revisión sistemática fue evaluar la seguridad y la eficacia del tratamiento de la diverticulitis aguda en un entorno ambulatorio. <b>Resultado:</b> El metaanálisis mostró que el tratamiento ambulatorio es seguro, y la tasa de fracaso general en un entorno ambulatorio fue del 4,3% (IC del 95%: 2,6%-6,3%). La localización de la diverticulitis no es un criterio de selección para una estrategia ambulatoria ( $p = 0,512$ ). Los otros análisis de subgrupos no reportaron ningún factor que influyera en la tasa de fracaso.

10	Google Académico	Descripción de las complicaciones posquirúrgicas de la enfermedad diverticular de colon, Hospital Luis Vernaza, Guayaquil-Ecuador, 2015-2016	2019	Español	Estudio Retrospectivo	Chasi Salazar, Oscar Vinicio Gaibor Barahona, Consuelo Isamar Et al	<p><b>Objetivo:</b> el objetivo de este estudio fue describir a pacientes con diverticulitis colónica y sus complicaciones postquirúrgicas</p> <p><b>Resultados:</b> la edad predominante en los pacientes con complicaciones fue la de 61 a 75 años (40%), el sexo masculino tuvo una frecuencia del 51,1%, en referencia a las comorbilidades el 86,7% reportó tener alguna, el 80% fue sometido a una cirugía de tipo convencional y el 20% por laparoscopia, las complicaciones más frecuentes fueron las tempranas; como la hemorragia con el 26,7% y la sepsis con el 24,4%, mientras que en las tardías las complicaciones más frecuentes fueron las fistulas (15,6%)</p>
11	Google Académico	Epidemiología, Patogenia, Diagnóstico Y Tratamiento De Enfermedad Diverticular, 2023	2023	Español	Revisión Bibliográfica	Sánchez Granda, Janeth Elizabeth Jaramillo Chimbo et al	<p>El tratamiento de diverticulitis aguda puede realizarse de forma ambulatoria o intrahospitalario de acuerdo con los criterios mencionados. De acuerdo a la clasificación Hinchey modificada en grado 0 y Ia su manejo es de forma ambulatoria teniendo en cuenta el manejo del dolor, dieta líquida y control dentro de 3 días, mientras en el grado Ib su manejo es hospitalario incluye tratamiento antibiótico parenteral, control del dolor y la dieta líquida o reposo intestinal, drenaje percutáneo en abscesos mayores de 5cm, en grado III y IV será necesario el procedimiento quirúrgico.</p>

12	Google Académico	Actualización sobre fisiopatología y manejo inicial de diverticulitis aguda	2022	Español	Revisión Bibliográfica	Cascante Gutiérrez, Allison Arriola, Jordán et al	La diverticulitis aguda es la inflamación secundaria a la microperforación de los divertículos, el cual está relacionado a factores predisponentes como la alimentación baja en fibra, obesidad y AINES. La escala utilizada para guiar su tratamiento es la Hinchey modificada, de este modo en grado 0, I y Ia puede ser de conservadora y ambulatorio, en grado Ib y II, debe ser manejado con antibiótico y drenaje percutáneo, en caso que el absceso mida más de 5cm y por último en grado III y IV son pacientes con peritonitis que requieren de abordaje quirúrgico como el procedimiento de Hartmann.
13	NIH	Progress and challenges in the management of diverticular disease: which treatment?	2018	Inglés	Revisión Bibliográfica	Ángel Lanás, Daniel Abad-Baroja y Aitor Lanás	La enfermedad diverticular del colon (DDC, por sus siglas en inglés) incluye un espectro de afecciones que van desde diverticulosis asintomática a diverticulosis sintomática no complicada, colitis segmentaria asociada a diverticulosis y diverticulitis aguda sin complicaciones o con complicaciones que puedan tener consecuencias graves. El objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas que presenta el paciente, entre ellas están el uso de la Rifaximina, probióticos o Mesalazina para regular la inflamación en la diverticulosis sintomática. En la diverticulitis aguda no complicada existe una controversia en utilizar antibióticos con ingreso hospitalario o de forma ambulatoria, ya que con el último método ambulatorio en dos ensayos realizados dieron

							resultados satisfactorios en un 94% y con un 6% que requirió de ingreso hospitalario.
14	NIH	Considerations and Changes in the Evaluation, Management, and Outcomes in the Management of Diverticular Disease: The Diagnosis, Pathology, and Treatment of Diverticular Colitis	2018	Inglés	Revisión Bibliográfica	Kucejko, Robert J.  Poggio, Juan L.	La mayoría de las veces, la colitis segmentaria en un paciente DA no complicada estará bien controlada con un mínimo de medicación y bien mantenida con una medicación bien tolerada, aunque esto depende de la presentación inicial de la enfermedad. Es poco probable que el paciente progrese a CU o enfermedad de Crohn, pero esto depende de la gravedad inicial de la enfermedad. Si un paciente progresa más a lo largo del espectro hacia la EII, entonces debe ser tratado de acuerdo con su diagnóstico revisado de EII.
15	NIH	Management of perforated diverticulitis with generalized peritonitis. A multidisciplinary review and position paper	2021	Inglés	Consenso Clínico	Nascimbeni R. Amato, A. Cirocchi, R. et al	El objetivo de este documento de posición fue revisar críticamente la evidencia disponible sobre el manejo de la diverticulitis perforada y la peritonitis generalizada. El manejo en una diverticulitis complicada, tiene en importancia los factores pronósticos como la edad, comorbilidades y gravedad séptica, ya que dependiendo de estos factores más estudio de laboratorio, TC se puede sugerir si necesita una cirugía de emergencia. Actualmente la clasificación de Hinchey modificada ha sido de guía para la elección quirúrgica según el tipo de

							contaminación peritoneal generalizada ya sea purulenta (III) o fecal (IV).
16	NIH	Two-year results of the randomized clinical trial DILALA comparing laparoscopic lavage with resection as treatment for perforated diverticulitis	2018	Inglés	Ensayo aleatorizado	Kohl, A. Rosenberg, J. Bock, D. et al	<b>Objetivo:</b> El objetivo del presente estudio fue comparar los resultados después del lavado laparoscópico versus el procedimiento de Hartmann en el ensayo DILALA <b>Resultados:</b> Los pacientes del grupo de lavado tuvieron una reducción del 45% en el riesgo de someterse a una o más operaciones en un plazo de 24 meses (riesgo relativo 0.55, 95% c.i. 0,36 a 0,84; P = 0,012) y tuvieron menos operaciones (relación 0.51, 95% c.i. 0,31 a 0,87; P = 0,024) en comparación con los del grupo de Hartmann. No se encontraron diferencias en el número medio de reingresos (1,37 frente a 1,50; P = 0,221) o mortalidad entre pacientes aleatorizados a lavado laparoscópico o procedimiento de Hartmann.
17	NIH	Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment of Diverticulitis	2019	Inglés	Revisión Bibliográfica	Strate, Lisa L. Morris, Arden M.	Los datos sobre los factores de riesgo y el tratamiento del diagnóstico han aclarado las creencias preconcebidas anteriores sobre la diverticulitis. Actualmente, se han creado alternativas de tratamientos menos agresivos según la clasificación de la enfermedad diverticular. En dos ensayos multicéntricos, los antibióticos no aceleraron la recuperación ni evitaron complicaciones posteriores en la diverticulitis aguda no complicada, por lo que solo se recomiendan para pacientes específicos. La resección quirúrgica electiva ya no se recomienda

							sólo en función del número de eventos recurrentes o la edad del paciente joven. Algunos pacientes con diverticulitis complicada por absceso pueden no necesitar la cirugía sino un drenaje.
18	NIH	Acute Diverticulitis	2023	Inglés	Capítulo de libro	Catherine D. Linzay; Sudha Pandit.	<p><b>Objetivos</b></p> <p>Explicar cómo tratar a un paciente con diverticulitis. Describa el papel de un equipo interprofesional colaborativo en el cuidado de pacientes con diverticulitis. La diverticulitis aguda se puede tratar ambulatoriamente o en el hospital dependiendo de su presentación clínica. De acuerdo con la Sociedad Estadounidense de Cirujanos de Colon y Recto, es necesario hospitalizar a un paciente que no tolera la ingesta oral, vomita en exceso, presenta signos de peritonitis, está inmunodeprimido o es de edad avanzada. La diverticulitis aguda se puede tratar de forma ambulatoria en ausencia de estas condiciones y si se puede realizar un seguimiento oportuno y adecuado. La tasa de éxito del tratamiento ambulatorio es del 94 al 97 %.</p>
19	NIH	Diverticular Disease: A Review on Pathophysiology	2020	Inglés	Revisión Bibliográfica	Naomi Piscopo y Pierre Ellul	Es crucial comprender los factores de riesgo para el tratamiento terapéutico de la enfermedad diverticular como son los hábitos de estilo de vida, que incluyen la actividad física, la obesidad, el tabaquismo y el uso de AINES. Su tratamiento incluye una dieta rica en fibra,

		and Recent Evidence					<p>antibióticos y/o salicilatos, así como cirugía en situaciones graves.</p> <p>En las últimas décadas, las alarmas sobre la cirugía selectiva en la enfermedad diverticular han cambiado. En estudios recientes, se relaciona la utilidad de los laxantes porque ayudan a reducir el daño traumático del divertículo por impactación fecal y los aminosalicilatos, en especial la mesalazina 1.6 g diarios se ha utilizado en pacientes con diverticulitis. Los estudios también investigan las creencias previas sobre la fibra dietética, las nueces y las semillas, al tiempo que enfatizan el impacto del estilo de vida saludable y el tabaquismo en la creciente incidencia de la enfermedad diverticular.</p>
20	NIH	2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting	2020	Inglés	Consenso Clínico	<p>Sartelli, Massimo</p> <p>Weber, Dieter G.</p> <p>Kluger, Yoram</p> <p>Et al</p>	<p>La diverticulitis colónica aguda es una de las afecciones clínicas más comunes con las que se encuentran los cirujanos en el entorno agudo. Un panel multidisciplinario internacional de expertos de la Sociedad Mundial de Cirugía de Emergencia (WSES, por sus siglas en inglés) actualizó sus guías para el manejo de la diverticulitis colónica aguda de acuerdo con la literatura disponible más reciente. La actualización incluye los cambios recientes introducidos en la gestión de ALCD.</p>

21	NIH	Antibiotics in Uncomplicated Acute Diverticulitis: To Give or Not to Give?	2018	Inglés	Revisión Bibliográfica	Rezapour, Mona Stollman, Neil	En esta revisión bibliográfica se revisará el respaldo o no del uso de los antibióticos en la población con diverticulitis no complicada, así como las nuevas pautas que también abogan por esta posición. Si bien no hay algoritmos discretos que nos guíen, intentaremos sugerir escenarios clínicos en los que los antibióticos puedan ser utilizados con razonamiento como en pacientes con enfermedad renal, tratados con corticoides y sépticos
22	NIH	A systematic review and meta-analysis of outpatient treatment for acute diverticulitis	2018	Inglés	Revisión Sistemática y Metaanálisis	Van Dijk, S. T. Bos, K. de Bóer, M. G.J.et al	<b>Objetivo:</b> Evaluar la seguridad y el ahorro de costes del tratamiento ambulatorio en la diverticulitis colónica aguda <b>Resultados:</b> La tasa de incidencia combinada de reingreso para tratamiento ambulatorio fue del 7 % (IC del 95 %: 6–9 %, I2 48%). Solo el 0,2% (2/1288) de los pacientes se sometieron a cirugía de urgencia y el 0,2% (2/1082) de los pacientes se sometieron a drenaje percutáneo de abscesos. Sólo dos estudios compararon las tasas de reingreso; 4,5% (3/66) y 6,3% (2/32) reingresos en grupos ambulatorios frente a 6,1% (4/66) y 0,0% (0/44) reingresos en grupos hospitalizados (p = 0,619 y p = 0,174, respectivamente).
23	NIH	EAES and SAGES 2018 consensus conference on acute	2019	Inglés	Consenso Clínico	Francis, Nader K. Sylla, Patricia	Este proyecto de colaboración entre EAES y SAGES tuvo como objetivo resumir la evidencia reciente y elaborar declaraciones de recomendación para guiar a nuestros miembros en el manejo integral de la DA.

		diverticulitis management: evidence-based recommendations for clinical practice				Abou-Khalil, María et al	
24	Scielo	La enfermedad diverticular hoy. Revisión de la evidencia	2021	Español	Revisión Bibliográfica MBI	Carolina Martínez-Pérez María José García Coret Francisco L. Villalba	La enfermedad diverticular es muy prevalente con gran repercusión económica y médica. A pesar de las múltiples guías para protocolizar el diagnóstico y tratamiento no existe unanimidad en su manejo. Hemos realizado una revisión actualizada con el objetivo de analizar los nuevos estudios de esta enfermedad, para manejarla adecuadamente y realizar el tratamiento más adecuado en cada momento.
25	Elsevier	Consenso mexicano sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon	2019	Español	Revisión Sistemática	Raña-Garibay, R. Salgado-Nesme, N. Carmona-Sánchez, R. et al	Desde la publicación en 2008 de las guías de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon de la Asociación Mexicana de Gastroenterología ha habido avances significativos en el conocimiento de esta enfermedad. Se realizó una revisión sistemática de la literatura en PubMed de enero de 2008 a julio de 2018 con el fin de revisar y actualizar las guías 2008 y proporcionar recomendaciones basadas en la evidencia

26	Elsevier	Perforated diverticulitis: To anastomose or not to anastomose? A systematic review and meta-analysis	2018	Inglés	Revisión Sistemática y Metaanálisis	Shaban, F. Carney, K. McGarry, K. et al	<p><b>Objetivo:</b> Nuestro objetivo es realizar una revisión sistemática y un metaanálisis de la literatura disponible.</p> <p><b>Resultados:</b> Esto mostró una mortalidad significativamente menor con anastomosis primaria (10,6%) en comparación con Hartmann (20,7%) (<math>p = 0,0003</math>). La morbilidad también fue significativamente menor (41,8% vs. 51,2%) (<math>p = 0,0483</math>). El RR de mortalidad fue de 0,92 a favor de la anastomosis primaria (<math>p = 0,0019</math>). La tasa media de fuga anastomótica fue del 5,9%.</p>
27	Elsevier	Actualización del manejo de la diverticulitis aguda no complicada en nuestro centro. Igualmente, efectivo, más eficiente	2020	Español	Estudio de Cohortes	González Plo, Daniel  Plá Sánchez, Pau  León Gámez, Carmen Lucero et al	<p><b>Objetivos:</b> La tendencia actual en el tratamiento de la diverticulitis aguda no complicada es el manejo ambulatorio de los pacientes con pautas cortas de antibiótico o incluso con antiinflamatorios en casos seleccionados.</p> <p><b>Resultados:</b> La persistencia de la enfermedad en 2016 fue del 6% y en 2017 solo alcanzó el 5,77% (<math>p = 0,944</math>). La recidiva durante el primer año fue del 13% en el primer grupo, mientras que en el segundo fue del 5,7%, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Asimismo, se consiguió una significativa reducción del coste sanitario.</p>

## **8. CONTENIDO**

### **DEFINICIÓN**

#### **Divertículos**

Son protrusiones en forma de saco en la mucosa y submucosa que sobresalen a través de las capas musculares de la pared del colon. El 90% de los pacientes presentarán esta patología a nivel del colon izquierdo, mientras que el 10% lo hará en el colón derecho, a estos divertículos se los denomina como verdaderos. Se han identificado varios agentes de riesgo, muchos de estos se pueden modificar, como la obesidad, la dieta y el sedentarismo. Los agentes de riesgo como la nutrición inadecuada y la falta de ejercicio podrían incrementar la probabilidad de desarrollar diverticulitis a través de sus efectos sobre la microbiota intestinal y la inflamación. (1,11)

### **CLASIFICACIÓN LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR**

#### **Diverticulosis**

Nos referimos a diverticulosis cuando existen divertículos asintomáticos a nivel colónico, se suelen relacionar con estreñimiento, sin embargo, no existe evidencia suficiente que demuestre que esta patología se asocia a un síntoma específico. Al hallar una diverticulosis sintomática o con significancia clínica hablamos de enfermedad diverticular, esta se presenta en el 20 % de los pacientes con diverticulosis. (2,3)

#### **Enfermedad diverticular**

Se puede clasificar en no complicada y complicada, la sintomatología presente define la enfermedad diverticular y se nombrará como no complicada cuando existen síntomas similares al del síndrome de intestino irritable tales como dolor y distensión abdominal relacionados con modificaciones en el hábito de evacuación con presencia de divertículos sin un proceso inflamatorio de estos. El dolor suele ser constante y a menudo se alivia con la expulsión de flatos o con la defecación. Cuando la enfermedad diverticular se manifiesta con signos macroscópicos, imagenológicos o serológicos que indiquen un proceso inflamatorio, se denominará enfermedad diverticular complicada y está engloba: diverticulitis aguda no complicada, complicada, hemorragia diverticular y colitis segmentaria asociada a diverticulosis. (2,10)

## **Hemorragia Diverticular**

La hemorragia diverticular es una de las causas frecuentes de la hemorragia digestiva baja, siendo responsable del 15-20% de las rectorragias, puede presentarse en un 3-5% en pacientes con diverticulosis, no siendo secundario a una diverticulitis. El sangrado diverticular se produce por la presión que existe entre los vasos rectos que se encuentra cubierto por un divertículo siendo sensible a la ruptura y hemorragia, además otros factores que influyen en el sangrado diverticular es el consumo de AINES y aspirina. Su presentación clínica puede ser de inicio intenso, provocando la inestabilidad del paciente por la presencia de rectorragia o hematoquecia indolora y de frecuencia en el colon derecho, es por ello, que debe ser manejado con vía periférica y monitorización de los signos vitales. El manejo de la hemorragia diverticular puede ir desde un tratamiento conservador hasta endoscópico, arteriografía más embolización e incluso ablación quirúrgico-segmentaria en pacientes con recurrencias de hemorragias, pero en la mayoría, el sangrado cede espontáneamente en un 70-80% y solo puede llegar a reaparecer en un 15% de los casos. (4,5)

## **Colitis Segmentaria asociada a diverticulosis**

La colitis segmentaria asociada a diverticulosis (SCAD) es una patología recientemente reconocida como una manifestación diferente y sobre la cual tenemos poca comprensión, se denomina la inflamación crónica y segmentaria del colon en individuos con diverticulosis que puede parecerse en manifestaciones clínicas, hallazgos imagenológicos e histológicos a la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), sin poder distinguir entre ambas entidades en algunos casos. La prevalencia de esta patología en individuos con diverticulosis varía entre 0,3 a 1,3%, suele presentarse sobre todo en pacientes adultos mayores y con susceptibilidad a EII que carecían de un detonador de la enfermedad hasta la presentación de los divertículos. En gran parte de casos, la SCAD se controla con tratamiento sintomático, en algunos casos, se sugiere el uso de mesalazina, aunque hace falta evidencia que recomiende una terapia estándar para esta patología. (1,8)

En estos casos se sugiere el uso de mesalazina en combinación con corticoterapia. *Nivel de evidencia: IV (10)*

## Diverticulitis aguda

Se define como la inflamación asociada a micro perforaciones diverticulares que se puede subclasificar en simple y complicada, siendo la segunda asociada a abscesos, fístulas, obstrucción o perforación a nivel intestinal. Este proceso se ocasiona por un mecanismo traumático en el cual los fecalitos impactan al divertículo y como consecuencia causan crecimiento bacteriano, por esto, es importante la antibioticoterapia en la resolución de la patología, esto suele ser característico en pacientes mayores con divertículos de gran tamaño. En pacientes jóvenes y con pocos divertículos, la enfermedad puede resultar del daño isquémico, en estos casos el papel de las bacterias no está bien descrito, por lo cual, la terapia antibiótica se usa de manera profiláctica. (3)

## Clasificación de la Diverticulitis aguda

No existe un consenso al momento de clasificar el grado de diverticulitis, a pesar de esto, la mayor parte de las guías usan la clasificación de Hinchey modificada ya que esta permite interpretar de mejor forma el diagnóstico, observado en la tomografía y encaminar la decisión terapéutica. La diverticulitis no complicada comprende el Hinchey 0 a Ia mientras que la complicada va desde Iib hasta grado IV. (10)

**Tabla 1:** Clasificación de Hinchey modificada

Grado	Hallazgos	
<b>Grado 0</b>	Diverticulitis leve según hallazgos clínicos	<b>DA no complicada</b>
<b>Grado Ia</b>	Flemón e inflamación alrededor del colon	
<b>Grado Ib</b>	Absceso pericólico o mesocólico menor a 5 cm	<b>DA Complicada</b>
<b>Grado II</b>	Absceso pélvico, intraabdominal o retroperitoneal o absceso a distancia del área de inflamación	
<b>Grado III</b>	Peritonitis purulenta generalizada	
<b>Grado IV</b>	Peritonitis fecaloidea generalizada	

**Fuente:** Martínez-Pérez C, García-Coret MJ, Villalba-Ferrer FL. Diverticular disease today. Evidence review

## **EPIDEMIOLOGÍA**

La diverticulosis es una patología común sobre todo en los adultos mayores de las naciones occidentales, la prevalencia de esta enfermedad incrementa con la edad, presentándose en el 60 a 80% de pacientes mayores de 80 años y en solo 5% de los pacientes menores de 40 años. La diverticulosis se presenta en al menos el 60% de la población mayor a la octava década de vida, la progresión de diverticulitis aguda (DA) se puede visualizar en al menos 20 % de los pacientes con necesidad de intervención quirúrgica de emergencia para colectomía, con o sin colostomía, la DA representa aproximadamente 150 mil ingresos emergentes cada año. La morbilidad es de 60% y la mortalidad de 20 %. Gran parte de pacientes son asintomáticos durante su vida, a pesar de esto, entre el 9 a 25 % cursará un proceso de diverticulitis aguda. (6, 12, 13)

Esta enfermedad no suele presentar complicaciones y es autolimitada, sin embargo, en el 15 a 20% de casos puede describirse como complicada cuando existe la presencia de: absceso, perforación, fístula, obstrucción, peritonitis y sepsis La edad es un agente de riesgo independiente, ya que estos individuos tienen mayor riesgo de complicaciones postquirúrgicas tales como: shock séptico, necesidad de ventilación mecánica y falla renal aguda. Además, la tercera parte de los pacientes presentará recurrencia posterior al primer episodio agudo durante los siguientes cinco años y un 10 % necesitará intervención quirúrgica de urgencia. (1,3)

La prevalencia de hospitalización por esta enfermedad es más frecuente en pacientes de raza blanca, afroamericana e hispana, siendo menor en asiáticos. Las personas que viven en zonas urbanas son más propensas a padecer diverticulitis en comparación a las de zonas rurales y esta patología se presenta más comúnmente en naciones desarrolladas. En cuanto al sexo, es más común en hombres que en mujeres hasta la sexta década de vida, donde la enfermedad es más común en el género femenino. (3, 6, 12)

La incidencia anual de diverticulitis perforada se estima en 3,5 por 100 000 y esta ha incrementado hasta un 132% desde 1980 hasta 2007 en individuos entre la cuarta y quinta década de vida, a pesar de que históricamente la diverticulitis ha sido una patología que se presenta mayoritariamente en adultos mayores, las tasas de la enfermedad han incrementado de manera drástica en pacientes menores de 40 años con predominio por el sexo masculino. (7,14)

La enfermedad diverticular comprende varias situaciones clínicas tales como: diverticulitis asintomática, enfermedad diverticular sintomática no complicada o diverticulosis sintomática, esta última se presenta en 20% de los casos, mientras que la diverticulitis aguda se da en un 5% y la DA complicada que se presenta en 15% de pacientes. En algunos casos se puede presentar la hemorragia diverticular, la cual tiene mayor prevalencia a partir de los 90 años y se estima que en el 10% de los casos podría presentar recurrencia del sangrado en el año siguiente. (1,12)

En países de América Latina como México la prevalencia de la enfermedad es de 1,92% a 9,2%, en nuestro país Ecuador en el año 2014 se expusieron ochocientos casos de egresos hospitalarios por patología diverticular representando en este año una tasa de mortalidad del 0,71%. (8,9)

## **TRATAMIENTO**

### **Tratamiento conservador en caso de diverticulosis asintomática**

La diverticulosis clínicamente asintomática suele ser un hallazgo incidental que no necesita terapia ni seguimiento, en estos casos se suele recomendar una dieta abundante en fibra, evitar el tabaco y consumo de bebida alcohólicas y realizar actividad física rutinaria. La diabetes mellitus y el déficit de vitamina D pueden relacionarse con progresión de la enfermedad por lo que se recomienda tratarla. *Nivel de Evidencia: IC* (10)

No existe tratamiento preventivo para la formación de divertículos y no se necesita tratamiento en pacientes sin sintomatología. *Calidad de la evidencia: A, fuerza de la recomendación: 1* (2)

En individuos con antecedente de diverticulitis debe evitarse el uso de aspirina y AINES en la medida de lo posible, ya que estos aumentan la probabilidad de presentar hemorragia diverticular, absceso y perforación. *Calidad de la evidencia: B, fuerza de la recomendación: 2* (2)

### **Enfermedad diverticular sintomática no complicada**

Se recomienda la nutrición rica en fibra y evitar consumir bebidas alcohólicas. *Nivel de Evidencia: IC.* (10)

En el caso de la terapia antibiótica, se puede utilizar Rifaximina a dosis de 550 mg cada

12h por 14 días o 400 mg cada 12H por 7 días al mes por 12 a 24 meses, además de ser un antibiótico ha demostrado un efecto citoprotector, evitando la translocación bacteriana y la utilidad de su tratamiento aumenta los microorganismos que son beneficiosos para el huésped (Bifidobacteria, Lactobacilli y Faecalibacterium prausnitzii), que tiene propiedades antiinflamatorios, antibacterianos, antioxidantes y antivirales. *Nivel de evidencia Ia.* (10)

La utilidad de la Mesalazina en un estudio de 6 ensayos clínicos demostró que pueden lograr el alivio de los síntomas por su acción antiinflamatoria a dosis 800mg cada 12h/VO por 10 días al mes. *Nivel de evidencia de Iib.* (10)

También sobresalen los probióticos como los lactobacillus, que actúan como antiinflamatorio y regenerando el microbiota intestinal del colon, ya que por la inflamación generada por los divertículos produce un cambio en la flora intestinal por la presencia de residuos fecales, pero todavía requiere de más investigaciones para establecer su función. *Nivel de evidencia Iic.* (10)

### **Diverticulitis aguda no complicada. Hinchey 0-Ia**

En este grupo de pacientes su tratamiento sintomático puede ser ambulatorio y evitar estancias hospitalarias largas. El estándar de atención ambulatoria incluye 3 aspectos importantes, el manejo del dolor se debe realizar con acetaminofén y antiespasmódicos los cuales son la primera línea de la terapia. Se debe evitar el uso de AINES y medicamentos opiáceos, estos se reservan para tratar el dolor refractario a los medicamentos inicialmente mencionados. La dieta se recomienda el consumo de 30mg/día de fibra rico en frutas y verduras. (3,15)

Por último, el uso de antibioticoterapia deberá sopesar de manera individual para cada paciente, no se recomienda su aplicación de rutina, a menos que se trate de un paciente con inmunosupresión en casos de enfermedad renal crónica, patologías del colágeno, terapia de largo plazo con corticoides, gestantes e individuos con sepsis. La terapia antibiótica oral debe cubrir los bacilos gramnegativos y las bacterias anaeróbicas. El régimen más común utilizado en los Estados Unidos consiste en amoxicilina más ácido clavulánico 1gr cada 12H, si es alérgico a las penicilinas, se utiliza quinolonas (Ciprofloxacino a dosis de 750mg/12H VO) en combinación con Metronidazol 500mg/8H (o clindamicina, si el paciente es intolerante al Metronidazol) durante 7 a 14 días. (3,15)

El tratamiento es ambulatorio excepto en casos de pacientes inmunocomprometidos, que presenten intolerancia a la vía oral, sepsis severa, fragilidad o no posean una correcta red de apoyo. (3)

El tratamiento ambulatorio de la DA no complicada, sin antibióticos es seguro y costo efectivo en individuos correctamente seleccionados. *Calidad de la evidencia: A, fuerza de la recomendación: 1.* (2)

### **Diverticulitis aguda complicada. Hinchey Ib-II**

La DA complicada necesita ingreso hospitalario, administración de antibioticoterapia de espectro extendido y observación clínica. *Calidad de la evidencia: A, fuerza de la recomendación: 1.* (2)

Solo 15% de los pacientes que tienen un episodio de diverticulitis aguda no complicada desarrollará un episodio de complicación con absceso. En estos casos se debe administrar terapia antibiótica y sintomática previa hospitalización. Según recomendaciones holandesas, cuatro días de antibioticoterapia intravenosa son igual de efectivos que siete días. Además, en todos los pacientes se deberá administrar heparina de bajo peso molecular como profilaxis de trombosis venosa profunda. *Nivel de evidencia: IIa.* (8,10)

La complicación más común son los abscesos que comprende el grado Ib y II de la clasificación de Hinchey modificada. En la escala Ib son abscesos mesocólicos menores de 5 cm, su manejo se basa en antibióticos, pero en caso de fallar del tratamiento, persistencia de su clínica (fiebre, taquicardia, leucocitosis) y existan abscesos de 3-5 cm, su opción puede ser drenaje percutáneo teniendo como éxito un 80%. En el estadio II, su manejo se relaciona con drenaje percutáneo y la antibioticoterapia, en caso de no existir una mejoría del paciente se debe considerar el procedimiento quirúrgico. (8,10)

Todos los pacientes deberán ser monitorizados estrictamente durante las primeras 48 horas de hospitalización para proceder a modificar la conducta terapéutica en caso de ser necesario. Sobre los abscesos, se debe iniciar tratamiento conservador más terapia antibiótica, ya sea en combinación (Metronidazol, 500 mg cada 8 h + Ceftriaxona 2 g/QD, o Ciprofloxacino 400mg/12H IV o 500mg/12H VO) o monoterapia de amplio espectro (Meropenem 1g/8H o Piperacilina-tazobactam 4,5 g /6H) o , que puede ser manejado las primeras 72 h por vía intravenosa y si existe mejoría se mantiene los

antibióticos por vía oral por 10-14 días, esto suele tener una eficacia mayor a 70% en abscesos de menos de 4 centímetros de diámetro. *Nivel de evidencia: Ic (10)*

Dentro de las recomendaciones nutricionales se sugiere llevar una dieta rica en fibra o suplementos de ésta, disminución de peso y evitar fumar. La recurrencia de diverticulitis aguda después del primer episodio de la enfermedad se da en un 15 % a 30 % de pacientes (10)

En el caso de diverticulitis aguda con absceso tratada de manera conservadora, a larga data, el 51 % de casos presentará absceso mesocólico y 71 % de los pacientes con absceso necesitarán intervención quirúrgica. La Sociedad Mundial de Cirugía de Emergencia (WSES) recomienda realizar una resección temprana tras la aparición de absceso pélvico drenado mediante radiología intervencionista ya que, estos casos se suelen relacionar con malos resultados a largo plazo a diferencia de los abscesos mesocólicos. *Nivel de evidencia: Ic (10,16)*

En el caso de pacientes inmunodeprimidos, los cuales suelen tener un riesgo alto de recaídas graves y tempranas posterior a DA complicada se debe realizar cirugía de resección electiva de manera precoz. (17)

### **Hinchey grado III y IV**

La peritonitis generalizada es la principal indicación para la intervención quirúrgica de emergencia en la diverticulitis perforada, la combinación de aire extraluminal con líquido libre es el parámetro tomográfico que con mayor frecuencia se asocia con la perforación diverticular y la peritonitis generalizada con un valor predictivo positivo de 80%, además es un factor predictivo de fracaso temprano de abordaje conservador con necesidad de intervención quirúrgica en más del 80% de casos. (12, 18, 19)

Se recomienda que en la intervención quirúrgica de diverticulitis Hinchey III o IV se realice resección con anastomosis primaria con o sin ileostomía derivativa con el objetivo de evitar, de ser posible, la colostomía terminal. La tasa de mortalidad de estos grados de diverticulitis aguda es de 14 %. La resección y anastomosis primaria es una de las opciones para tratar estos estadios de la enfermedad, sin embargo, es una intervención arriesgada debido a su alto índice de dehiscencia anastomótica con un 8 %. La anastomosis primaria está contraindicada en casos de: shock séptico, paciente hemodinámicamente inestable, terapia crónica con corticoides y mal estado general.

*Nivel de evidencia: Ib (10, 18, 19)*

En pacientes con estabilidad hemodinámica y diverticulitis perforada, la confirmación y estadificación de peritonitis difusa puede realizarse mediante laparoscopia, este procedimiento puede reducir la tasa de ostomía en algunos pacientes, sin embargo, la resección laparoscópica de emergencia es un procedimiento complicado que debe ser realizado por profesionales entrenados en dicha estrategia. Para los pacientes, la reducción del riesgo de operaciones secundarias y de una estoma permanente debe considerarse como beneficios del lavado laparoscópico en comparación con el procedimiento de Hartmann. No se considera como el tratamiento de primera línea en pacientes con peritonitis por diverticulitis colónica aguda. En la peritonitis generalizada asociada a shock séptico, es obligatorio un abordaje quirúrgico abierto. La resección no restauradora y la cirugía de control de daños parecen ser los únicos procedimientos viables, que se aplican de acuerdo con la gravedad de la inestabilidad hemodinámica. (12, 16,18)

El procedimiento de Hartmann es la intervención quirúrgica predilecta para pacientes con inestabilidad hemodinámica y diverticulitis con perforación, consiste en realizar una sigmoidectomía y colostomía proximal que en la mayoría de los casos se vuelve permanente. Posterior a la resección primaria para controlar el foco de sepsis, la re-anastomosis se puede llevar a cabo de dos a seis meses después. (3)

La extensión de la resección deberá incluir la resección total del sigmoides y la anastomosis debe realizarse en tejido sano, por lo cual es recomendable realizar una colorrecto anastomosis. En ciertos casos, el recto superior puede estar inflamado y se necesita una anastomosis más baja, el margen proximal debe incluir todo el tejido inflamado, aunque no incluya todos los divertículos. El riesgo de recurrencia es bajo. (2)

Un pilar fundamental en el manejo de primera línea del paciente con sepsis secundaria a peritonitis por diverticulitis perforada es la antibioticoterapia intravenosa, antes y después de la intervención quirúrgica, esta desempeña un rol fundamental en el manejo de infecciones intrabdominales, ya que previene el fracaso multiorgánico causado por desencadenantes peritoneales, es necesario que la terapia antibiótica sea de amplio espectro y cubra microorganismos anaerobios. (18)

## COMPLICACIONES

- **Obstrucción secundaria a estenosis diverticular.** Se puede presentar en 10% de los casos con obstrucción del colon, siendo causada por un engrosamiento y contracción de la pared del intestino asociada a inflamación crónica. Su tratamiento se basa en intervención quirúrgica con anastomosis primaria. La obstrucción intestinal completa es poco frecuente en la DA. La perforación libre, si se produce, debe tratarse quirúrgicamente. (1)
- **Fístula.** La formación de esta complicación posterior a la diverticulitis se presenta en un 2% de pacientes, las más frecuentes son las colovesicales en 50% de pacientes, seguidas por las colovaginales. Se debe realizar una intervención temprana en la complicación en el caso de no llegar a un diagnóstico diferencial con patología oncológica. La recalará es patognomónica de la fístula colovesical. La reparación quirúrgica de la fístula con anastomosis primaria es el tratamiento de elección. (12)
- **Hemorragia diverticular masiva.** En estos casos se debe realizar colonoscopia terapéutica o embolización, requiriendo cirugía sólo cuando los tratamientos mencionados han fracasado o no se dispone de ellos. Las estrategias más usadas para realizar hemostasia endoscópica en caso de hemorragia diverticular son: inyección de adrenalina, aplicación de bandas y colocación de endoclips. (15)

## RECURRENCIAS

En los pacientes tratados exitosamente por DA no complicada, los principales factores de riesgo para recurrencia son la edad temprana, es decir, pacientes menores de 50 años y el antecedente de diverticulitis. (17)

Después de un episodio de diverticulitis aguda, entre 15 a 30% de pacientes desarrollará una recurrencia, en caso de un segundo episodio se suma un 30 % más a la probabilidad. No existe evidencia suficiente que indique un manejo preventivo estandarizado para evitar recurrencias, sin embargo, algunas estrategias útiles son la dieta rica en fibra, tratamiento antibiótico con Rifaximina en dosis de 400 miligramos, dos veces al día durante la primera semana del mes, probióticos y mesalazina y evitar el uso de antiinflamatorios no esteroideos. La reducción de peso corporal y abandono de cigarrillos son recomendables para disminuir la probabilidad de recurrencia. (8)

## 9. DISCUSIÓN

En la actualidad es importante reconocer estudios que demuestran que la diverticulitis aguda no complicada según la clasificación de Hinchey modificada grado 0 y Ia, puede ser o no manejada con antibióticos, como Mocanu et al, en su estudio realizado en Canadá buscó determinar el papel de los antibióticos en la DA no complicada, que incluyeron 8 estudios con 2469 pacientes, de los cuales 1.626 fueron tratados sin antibióticos y 843 con antibióticos, en la cual se determinó que el uso de antibióticos no está relacionado que en un futuro no presente o reduzca las complicaciones generales, ya que en este estudio existió un 20.2% de complicaciones en aquellos pacientes que utilizaron antibióticos. (5)

Otro estudio realizado por Mege y Yeo, compararon el manejo observacional y el tratamiento con antibióticos (2321 pacientes), el metaanálisis demostró que no hubo diferencias significativas entre estos 2 estudios, en cuanto a la cirugía de urgencia (0,7% vs 1,4%;) y recurrencia (11% vs 12%;  $p = 0,3$ ). En el estudio prospectivo, multicéntrico, aleatorio de Mora López realizado en Barcelona, España, en 15 hospitales también demostró que el manejo ambulatorio sin antibioticoterapia en la DA no complicada leve es segura y eficaz. (20, 23)

Pero en otro estudio retrospectivo realizado en Holanda, se asignó de forma aleatoria un grupo de observación y un grupo de antibioticoterapia con amoxicilina más ácido clavulánico 875-125 mg/8h durante diez días, tuvo como resultado una frecuencia de diverticulitis complicada de 3,8% y 2,8% para cada grupo y los casos de recurrencia de DA fueron de 3,4 y 3,0% respectivamente. En el grupo de observación, 3,8 % de pacientes fueron intervenidos para resección sigmoidea a los seis meses y en el grupo de antibiótico 2,3%. Este estudio demuestra que al usar antibióticos en esta etapa de la diverticulitis se reducen las tasas de complicaciones. Por lo tanto, siempre que se garantice un estrecho seguimiento clínico, se puede prescindir de la terapia antibiótica en DA no complicada. (22)

Otro de los casos a discutir es el uso de antibióticos de forma ambulatoria en la diverticulitis aguda no complicada, existe una revisión sistemática realizado por Cirocchi, quien analizó 21 estudios de 1781 pacientes, quienes recibieron tratamiento ambulatorio que tuvo el fracaso del 4,3%, para ello se tuvo en cuenta agentes que influya en el fracaso del tratamiento: episodios previos de diverticulitis aguda, comorbilidades, gases pericólicos, absceso intraabdominal, tipo de tratamiento antibiótico o diabetes,

pero ningún factor fue estadísticamente significativo. En aquellos individuos en los que el tratamiento ambulatorio fracasó, la antibioticoterapia fue prolongada y solo algunos necesitaron drenaje percutáneo por absceso, 0,13%, o intervención quirúrgica por perforación: 0,06%. Este análisis sugiere que el manejo ambulatorio es seguro si se asocia con una selección precisa de pacientes (40%). (18)

El estudio realizado en su mayoría de España, analizaron 19 estudios con 2.303 pacientes en total, manejados ambulatoriamente, que excluyeron pacientes con comorbilidades e inmunodepresión, teniendo como resultado solo el 0,2% de individuos fueron intervenidos quirúrgicamente de urgencia, 0,2% de pacientes necesitaron drenaje percutáneo por abscesos y un 7% de reingreso hospitalario. El ahorro promedio de costos para la salud en el tratamiento ambulatorio en comparación al hospitalario varió entre 42 a 82 %. El manejo ambulatorio de la DA no complicada presenta tasas bajas de reingreso y promueve el ahorro de costos sanitarios, además de ser una opción segura para gran parte de pacientes. (11)

La complicación en la diverticulitis aguda más frecuente son los abscesos, de acuerdo a la clasificación de Hinchey modificada pertenece a los grados Ib y II, siendo su manejo de hospitalización con antibióticos y drenaje percutáneo. En un estudio de Chua, analizó 407 pacientes que fueron tratados de manera no invasiva, teniendo una tasa de éxito del manejo conservador del 94% y de 71,4% en quienes presentaron aire libre pericólico y distante. El fracaso del tratamiento estuvo relacionado con un alto volumen de aire libre, aire libre distante y absceso, que se sometieron al procedimiento de Hartmann, lavado laparoscópico y drenaje quirúrgico. El manejo conservador con terapia antibiótica y hospitalización es seguro y eficaz en pacientes con DA en escala Ib, pero para II además de los antibióticos es necesario el drenaje percutáneo. (24)

En un estudio realizado por el Hospital San Vicente-Colombia, ingresaron 19 pacientes con grado Ib de Hinchey, de los cuales 16 respondieron con éxito al tratamiento conservador y 3 no hubo mejoría clínica y crecimiento del absceso 4.2 cm por lo cual realizaron drenaje percutáneo. En el grado II hubo 17 pacientes ingresados de los cuales el 58.8% fue manejo médico y el 23,5% fueron tratados con antibióticos y drenaje percutáneo, de los cuales el 35,3% tuvo falla solo con tratamiento de antibióticos y 2 fallas los que fueron sometidos al drenaje percutáneo. Demostrando que puede ser utilizado en pacientes con absceso de menos 5 cm siempre que no exista una mejoría

con el tratamiento conservador. (6)

En el estudio realizado por Aquina y colaboradores, analizaron 185 pacientes en grado Ib y II de Hinchey, no fueron tratados con drenaje percutáneo desde su inicio, teniendo como resultado que el 60.5% (112) de los pacientes requirieron cirugía a los 5 meses posteriores, el 45.6% tuvo recurrencias y evolucionó a otro escala de Hinchey (II, III, IV) y el 26% necesitó de cirugía urgente. El otro grupo de 65 pacientes que fue tratado con drenaje percutáneo desde su inicio tuvo una recurrencia del 74%. Demostrando que con o sin drenaje percutáneo desde el inicio es frecuente los recurrentes y complicaciones. (24)

Según la literatura explica que el procedimiento de Hartmann es de elección, sin embargo en un estudio de comparación entre el procedimiento de Hartmann (PH) y la sigmoidectomía con anastomosis primaria, demostró la supervivencia libre de estoma al año fue mayor para los pacientes sometidos a SAP en comparación con PH con un 94,6% frente a 71,7%, la morbilidad fue de 44% para el primer grupo y 35% para el segundo, es decir que en pacientes hemodinámicamente estables e inmunocompetentes menores de 85 años, la anastomosis primaria es preferible al procedimiento de Hartmann como tratamiento para la diverticulitis perforada (enfermedad de Hinchey III o Hinchey IV).(25)

Otro artículo realizado por Shaban también demostró que la mortalidad fue menor en los pacientes con anastomosis primaria con un 10,6% a diferencia del otro grupo en el cual fue de 20,7% con. La morbilidad también fue estadísticamente menor con 41,8% frente a 51,2% para anastomosis primaria y Hartmann. En cambio, en un ensayo aleatorio realizado por Lee teniendo en cuenta factores importantes como las comorbilidades y criterios de mayor gravedad como shock séptico en un 11,1% de pacientes se realizó el procedimiento Hartmann frente a 5,3% del segundo grupo de anastomosis primaria, teniendo éxito la primera intervención quirúrgica. (26,27)

Realizaron un estudio en cuarenta y tres individuos aleatorizados para lavado laparoscópico y 40 para procedimiento de Hartmann. El primer grupo presentó una disminución de 45% de riesgo sin necesitar una o más intervenciones en un plazo de dos años en comparación con los del grupo de Hartmann. No se encontraron diferencias en el número medio de reingresos, 1,37% frente a 1,50%, tres pacientes en el grupo de lavado y nueve en el grupo de Hartmann tuvieron una colostomía a los 24 meses. En este estudio,

el lavado laparoscópico es una mejor opción para la diverticulitis perforada con peritonitis purulenta que la resección abierta y la colostomía. (12)

## 10. CONCLUSIÓN

La clasificación de Hinchey es la escala más usada para guiar el actuar médico, esta se basa en los hallazgos de la laparoscopia, mientras que la versión modificada de esta clasificación incluye datos de la tomografía computarizada para escoger de manera más adecuada la opción de tratamiento

Los estudios analizados en nuestra revisión concluyen que la DA no complicada es decir en Hinchey 0 y Ia, el tratamiento ambulatorio sin antibióticos es una opción segura, eficaz y con menos costes para la salud, no aumenta las tasas de complicaciones y tampoco muestra inferioridad ante el régimen de hospitalización, siempre que se tenga la firmeza del diagnóstico mediante la historia clínica, prueba de laboratorio y hallazgos de TC abdominal, pero la segunda opción es válida siendo el tratamiento ambulatorio con antibiótico por la general amoxicilina+ácido clavulánico, junto con analgesia oral paracetamol 1g/8h.

En el caso de Hinchey Ib y II se maneja con ingreso hospitalario, analgesia y antibioticoterapia, este último aspecto debe valorarse de manera individual, en los casos de Hinchey II se evaluará la realización de drenaje percutáneo acorde al tamaño del absceso. Estudios recientes muestran que, en algunos individuos, el tratamiento puede ser drenaje percutáneo desde que está en etapa Ib de Hinchey

En pacientes con Hinchey III al IV el tratamiento consiste en intervención quirúrgica de urgencia, siendo el procedimiento de Hartmann el más utilizado, a pesar de esto, se puede optar por otras opciones como el lavado laparoscópico en el caso de Hinchey III y la resección de colon más anastomosis primaria. Es necesario realizar más estudios respecto a estas opciones para compararlas con el procedimiento de Hartmann. Según los estudios analizados, el tratamiento conservador con antibioticoterapia y hospitalización es seguro y exitoso en pacientes con diverticulitis perforada aguda sin peritonitis generalizada. En pacientes hemodinámicamente estables e inmunocompetentes menores de 85 años, la anastomosis primaria es preferible al procedimiento de Hartmann como tratamiento para la diverticulitis perforada, pero en pacientes con inestabilidad hemodinámica el procedimiento quirúrgico de elección es la intervención de Hartmann.

## 11. LIMITACIONES

Para la elaboración de esta revisión sistemática se presentaron algunas limitaciones como es el acceso restringido a artículos pagados y los pocos estudios sobre la realidad actual de la enfermedad diverticular en nuestro país.

## 12. ASPECTOS BIOÉTICOS

No existen conflictos de interés por parte del autor

## 13. CRONOGRAMA

Actividad	Fecha	06/23	07/23	08/23	09/23	10/23	11/23	12/23	01/24	02/24
Realización de oficios y recepción por parte de titulación		X								
Aprobación de tema			X							
Aprobación de tutor y de tipo de trabajo de titulación				X	X					
Elaboración de protocolo						X	X	X		
Primera Revisión									X	
Segunda Revisión										X
Tercera Revisión										X

## 14. BIBLIOGRAFÍA

1. Kucejko RJ, Poggio JL. Considerations and Changes in the Evaluation, Management, and Outcomes in the Management of Diverticular Disease: The Diagnosis, Pathology, and Treatment of Diverticular Colitis. *Clin Colon Rectal Surg* [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2023 Nov 20];31(4):221–5. Available from: [/pmc/articles/PMC6014843/](#)
2. Raña-Garibay R, Salgado-Nesme N, Carmona-Sánchez R, Remes-Troche JM, Aguilera-Carrera J, Alonso-Sánchez L, et al. The Mexican consensus on the diagnosis and treatment of diverticular disease of the colon. *Rev Gastroenterol Mex* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2023 Nov 14];84(2):220–40. Available from: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org//es-consenso-mexicano-sobre-el-diagnostico-articulo-S037509061930045X>
3. Cascante Gutiérrez A, Arriola Gutiérrez J, Castillo Arias R. Actualización sobre fisiopatología y manejo inicial de diverticulitis aguda. *Rev Medica Sinerg* [Internet]. 2022 Sep 1 [cited 2023 Nov 14];7(9):e894. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/894/1985>
4. Piscopo N, Ellul P. Diverticular disease: A review on pathophysiology and recent evidence [Internet]. Vol. 89, *Ulster Medical Journal*. Ulster Medical Society; 2020 [cited 2023 Nov 20]. p. 83–8. Available from: [/pmc/articles/PMC7576390/](#)
5. Mocanu V, Dang JT, Switzer N, Tavakoli I, Tian C, de Gara C, et al. The role of antibiotics in acute uncomplicated diverticulitis: A systematic review and meta-analysis. Vol. 216, *American Journal of Surgery*. Elsevier; 2018. p. 604–9.
6. González Plo D, Plá Sánchez P, León Gámez CL, Remirez Arriaga X, Rial Justo X, Artés Caselles M, et al. Update on the management of uncomplicated acute diverticulitis at our centre. Equally effective, more efficient. *Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2023 Nov 14];43(8):426–30. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-actualizacion-del-manejo-diverticulitis-aguda-S021057052030073X>
7. Rezapour M, Stollman N. Antibiotics in uncomplicated acute diverticulitis: To give or not to give? [Internet]. Vol. 3, *Inflammatory Intestinal Diseases*. Karger Publishers; 2018 [cited 2023 Nov 20]. p. 75–9. Available from: [/pmc/articles/PMC6361500/](#)

8. Lanas A, Abad-Baroja D, Lanas-Gimeno A. Progress and challenges in the management of diverticular disease: which treatment? [Internet]. Vol. 11, Therapeutic Advances in Gastroenterology. SAGE Publications; 2018 [cited 2023 Nov 19]. Available from: [/pmc/articles/PMC6056793/](#)
9. Strate LL, Morris AM. Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment of Diverticulitis [Internet]. Vol. 156, Gastroenterology. NIH Public Access; 2019 [cited 2023 Nov 20]. p. 1282-1298.e1. Available from: [/pmc/articles/PMC6716971/](#)
10. Martínez-Pérez C, García-Coret MJ, Villalba-Ferrer FL. Diverticular disease today. Evidence review [Internet]. Vol. 73, Revista de Cirugia. Sociedad de Cirujanos de Chile; 2021 [cited 2023 Nov 14]. p. 322–8. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2452-45492021000300322&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492021000300322&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
11. Van Dijk ST, Bos K, de Boer MGJ, Draaisma WA, van Enst WA, Felt RJF, et al. A systematic review and meta-analysis of outpatient treatment for acute diverticulitis [Internet]. Vol. 33, International Journal of Colorectal Disease. Springer; 2018 [cited 2023 Nov 20]. p. 505–12. Available from: [/pmc/articles/PMC5899114/](#)
12. Kohl A, Rosenberg J, Bock D, Bisgaard T, Skullman S, Thornell A, et al. Two-year results of the randomized clinical trial DILALA comparing laparoscopic lavage with resection as treatment for perforated diverticulitis. Br J Surg [Internet]. 2018 Aug 1 [cited 2023 Nov 20];105(9):1128–34. Available from: [/pmc/articles/PMC6055876/](#)
13. Sanchez Granda JE, Jaramillo Chimbo PF, Calderon Loja SE, Ortiz Calva PM, Alvarez Pasaca RP, Guarnizo Leiva JN. Epidemiología, patogenia, diagnóstico y tratamiento de enfermedad diverticular, 2023. Rev Ocronos [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 20];VI(5):265.4. Available from: <https://revistamedica.com/doi-epidemiologia-patogenia-diagnostico-tratamiento-enfermedad-diverticular/>
14. Chasi Salazar OV, Gaibor Barahona CI, López De La Pared JE, Moncayo Ortiz TD, Moyano Largo NE, Alulema Defaz MY, et al. Descripción de las complicaciones posquirúrgicas de la enfermedad diverticular de colon, Hospital Luis Vernaza, Guayaquil-Ecuador, 2015-2016. Rev Arch Venez Farmacol y Ter [Internet]. 2019 [cited 2023 Nov 20];38(1):31–4. Available from: [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_aavft/article/view/16416](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/16416)

15. Linzay C, Pandit S. Acute Diverticulitis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2023 Nov 20]. p. 99–109. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459316/>
16. Sartelli M, Weber DG, Kluger Y, Ansaloni L, Coccolini F, Abu-Zidan F, et al. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting [Internet]. Vol. 15, World Journal of Emergency Surgery. BMC; 2020 [cited 2023 Nov 20]. Available from: </pmc/articles/PMC7206757/>
17. Francis NK, Sylla P, Abou-Khalil M, Arolfo S, Berler D, Curtis NJ, et al. EAES and SAGES 2018 consensus conference on acute diverticulitis management: evidence-based recommendations for clinical practice [Internet]. Vol. 33, Surgical Endoscopy. Springer; 2019 [cited 2023 Nov 20]. p. 2726–41. Available from: </pmc/articles/PMC6684540/>
18. Nascimbeni R, Amato A, Cirocchi R, Serventi A, Laghi A, Bellini M, et al. Management of perforated diverticulitis with generalized peritonitis. A multidisciplinary review and position paper [Internet]. Vol. 25, Techniques in Coloproctology. Springer; 2021 [cited 2023 Nov 20]. p. 153–65. Available from: </pmc/articles/PMC7884367/>
19. Swanson SM, Strate LL. Acute colonic diverticulitis. *Ann Intern Med* [Internet]. 2018 May 1 [cited 2023 Nov 20];168(9):ITC65–79. Available from: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/AITC201805010>
20. Mege D, Yeo H. Meta-analyses of current strategies to treat uncomplicated diverticulitis [Internet]. Vol. 62, Diseases of the Colon and Rectum. Lippincott Williams and Wilkins; 2019 [cited 2023 Nov 20]. p. 371–8. Available from: [https://journals.lww.com/dcrjournal/fulltext/2019/03000/meta\\_analyses\\_of\\_current\\_strategies\\_to\\_treat.17.aspx](https://journals.lww.com/dcrjournal/fulltext/2019/03000/meta_analyses_of_current_strategies_to_treat.17.aspx)
21. Isacson D, Andreasson K, Nikberg M, Smedh K, Chabok A. Outpatient management of acute uncomplicated diverticulitis results in health-care cost savings. *Scand J Gastroenterol* [Internet]. 2018 Apr 3 [cited 2023 Nov 14];53(4):449–52. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00365521.2018.1448887>

22. Schrempf M, Anthuber M. Are antibiotics necessary in a first episode of uncomplicated diverticulitis? [Internet]. Vol. 90, *Chirurg*. Springer Verlag; 2019 [cited 2023 Nov 14]. p. 53. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00104-019-0833-4>
23. Mora-López L, Ruiz-Edo N, Estrada-Ferrer O, Piñana-Campón ML, Labró-Ciurans M, Escuder-Perez J, et al. Efficacy and Safety of Nonantibiotic Outpatient Treatment in Mild Acute Diverticulitis (DINAMO-study): A Multicentre, Randomised, Open-label, Noninferiority Trial. *Ann Surg* [Internet]. 2021 Nov 1 [cited 2023 Nov 20];274(5):E435–42. Available from: [https://journals.lww.com/annalsofsurgery/fulltext/2021/11000/efficacy\\_and\\_safety\\_of\\_nonantibiotic\\_outpatient.37.aspx](https://journals.lww.com/annalsofsurgery/fulltext/2021/11000/efficacy_and_safety_of_nonantibiotic_outpatient.37.aspx)
24. Chua TC, Jeyakumar A, Ip JCY, Yuide PJ, Burstow MJ. Conservative management of acute perforated diverticulitis: A systematic review [Internet]. Vol. 21, *Journal of Digestive Diseases*. John Wiley & Sons, Ltd; 2020 [cited 2023 Nov 20]. p. 63–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1751-2980.12838>
25. Lambrechts DPV, Vennix S, Musters GD, Mulder IM, Swank HA, Hoofwijk AGM, et al. Hartmann’s procedure versus sigmoidectomy with primary anastomosis for perforated diverticulitis with purulent or faecal peritonitis (LADIES): a multicentre, parallel-group, randomised, open-label, superiority trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2019 Aug 1 [cited 2023 Nov 20];4(8):599–610. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31178342/>
26. Lee JM, Bai P, Chang J, El Hechi M, Kongkaewpaisan N, Bonde A, Mendoza AE, et al. Hartmann’s Procedure vs Primary Anastomosis with Diverting Loop Ileostomy for Acute Diverticulitis: Nationwide Analysis of 2,729 Emergency Surgery Patients. *J Am Coll Surg* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2023 Nov 20];229(1):48–55. Available from: [https://journals.lww.com/journalacs/fulltext/2019/07000/hartmann\\_s\\_procedure\\_vs\\_primary\\_anastomosis\\_with.10.aspx](https://journals.lww.com/journalacs/fulltext/2019/07000/hartmann_s_procedure_vs_primary_anastomosis_with.10.aspx)
27. Shaban F, Carney K, McGarry K, Holtham S. Perforated diverticulitis: To anastomose or not to anastomose? A systematic review and meta-analysis. Vol. 58, *International Journal of Surgery*. No longer published by Elsevier; 2018. p. 11–21.

## 15. ANEXO 1: TABLAS DE EVIDENCIA

### Niveles de Evidencia (Oxford)

Nivel	Descripción
A / 1a	Revisión sistemática (con homogeneidad) de estudios diagnósticos de nivel 1 o regla de decisión clínica con estudios 1b de diferentes centros clínicos.
A / 1b	Comparación a doble ciego de un espectro apropiado de pacientes consecutivos, todos los cuales han sido sometidos al test diagnóstico y al estándar de referencia
A / 1c	Comparación a doble ciego de un espectro apropiado de pacientes consecutivos, todos los cuales han sido sometidos al test diagnóstico y al estándar de referencia
B / 2a	Revisiones sistemáticas (con homogeneidad) de dos estudios diagnósticos de nivel 2.
B / 2b	Comparación a doble ciego, bien en pacientes no consecutivos o limitados a un espectro estrecho de pacientes (o ambos), todos ellos sometidos al test diagnóstico y el estándar de referencia; o una regla de decisión clínica no validada mediante un test.
B / 3a	Revisión sistemática de estudios (con homogeneidad) de nivel 3b o superior
B / 3b	Estudios no consecutivos o comparación a doble ciego de un espectro apropiado, pero en los que no se ha aplicado un estándar de referencia a todos los pacientes del estudio
C / 4	No se ha aplicado un estándar de referencia de forma independiente o no se aplicó con doble ciego.
D / 5	Opinión de experto sin evaluación crítica explícita o basada en fisiología, investigación comparativa o "primeros principios"

Tabla 2: Grados de recomendación para intervenciones de prevención (CTFPHC)

Grado de recomendación	Interpretación
<b>A</b>	Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención.
<b>B</b>	Existe moderada evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención.
<b>C</b>	La evidencia disponible es conflictiva y no permite hacer recomendaciones a favor o en contra de la intervención clínica preventiva; sin embargo, otros factores podrían influir en la decisión.
<b>D</b>	Existe moderada evidencia para recomendar en contra de la intervención clínica de prevención.
<b>E</b>	Existe buena evidencia para recomendar en contra de la intervención clínica de prevención.
<b>I</b>	Existe evidencia insuficiente (en cantidad y en calidad) para hacer una recomendación; sin embargo, otros factores podrían influir en la decisión.



**Dalila Steffania Lalvay Zambrano** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0106106826**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Actualización del manejo clínico-terapéutico según la clasificación de Hinchey modificada de la enfermedad diverticular. Revisión Sistemática”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, **06 de marzo de 2024**

F: 

**Dalila Steffania Lalvay Zambrano**

**C.I. 0106106826**