

Enfermedad Diverticular

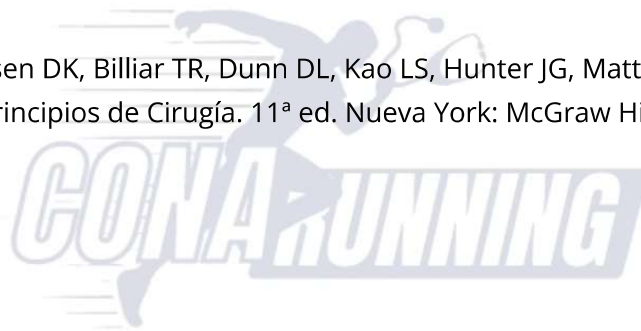
Redactor

Alam Colmán

- Médico egresado de la Universidad Privada del Este, sede Presidente Franco (Promoción 2023)
- Especialista en Didáctica Universitaria por la Universidad Nacional del Este
- Desempeño destacado en el examen de la CONAREM
- Médico Residente en la especialidad de Medicina Interna (R2, Hospital Tesãï)
- Experiencia en práctica asistencial de alta complejidad
- Docente en formación médica.

Bibliografía

1. Brunicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Kao LS, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE, editores. Schwartz. Principios de Cirugía. 11ª ed. Nueva York: McGraw Hill; 2020.



Enfermedad Diverticular

Conjunto de manifestaciones clínicas producidas por divertículos sintomáticos del colon. Una patología frecuente, especialmente en mayores de 50 años, con predominio en el colon sigmoide.

Diverticulosis

Divertículos presentes **sin inflamación**. La mayoría de los pacientes permanece asintomática.

Diverticulitis

Divertículos **inflamados o infectados**. Solo una minoría desarrolla complicaciones.

Hemorragia

Erosión de arteriola asociada al divertículo. En la mayoría de los casos el sangrado **cesa espontáneamente**.

Fisiopatología

Los divertículos del colon son en su mayoría **falsos**: comprometen solo mucosa y muscular de la mucosa, que protruyen a través de puntos débiles de la pared colónica — generalmente donde penetran los vasos— por aumento de la presión intraluminal. Los divertículos verdaderos son raros y suelen ser congénitos.

Factor de riesgo principal

Se considera una patología **adquirida**, asociada a dietas pobres en fibra que generan heces de bajo volumen y aumento de la presión intraluminal. A pesar de su alta prevalencia, la mayoría de los pacientes permanece asintomática.

Diverticulitis: Presentación y Diagnóstico

Se produce por perforación micro o macroscópica de un divertículo, generando inflamación e infección pericólica. Puede variar desde cuadros leves hasta peritonitis difusa.



Presentación Clínica

Dolor en el **cuadrante inferior izquierdo**, con o sin fiebre y leucocitosis, y a veces masa palpable.



Estudio de Elección

La **tomografía computada** es el estudio más útil para evaluar la gravedad: inflamación, flemón o absceso.



Contraindicaciones

Colonoscopia y enema con contraste están **contraindicados en fase aguda** por riesgo de perforación.

Diagnóstico Diferencial

● Cáncer de colon

● Colitis isquémica

● Colitis infecciosa

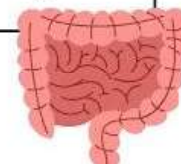
● Enfermedad inflamatoria intestinal

*SEGÚN LOS HALLAZGOS EN TOMOGRAFÍA

GRADO	HALLAZGOS	MANEJO
0 ●	Diverticulitis clínicamente leve	Conservador
I ●	Ia Inflamación pericólica limitada, no absceso.	Conservador
	Ib Inflamación pericólica limitada, con absceso.	<2 cms: conservador >2cms: drenaje
II ●	Absceso pélvico retroperitoneal o a distancia.	<2 cms: conservador >2cms: drenaje
III ●	Peritonitis purulenta generalizada, no comunicación con luz intestinal.	Cirugía urgente
IV ●	Peritonitis fecaloide generalizada, con comunicación con luz intestinal.	Cirugía urgente

● NO COMPLICADA

● COMPLICADA



Manejo de la Diverticulitis

✓ NO COMPLICADA

Tratamiento Ambulatorio u Hospitalario

Se manifiesta con dolor localizado e inflamación sin complicaciones mayores. Puede manejarse en forma **ambulatoria** con antibióticos orales y dieta baja en residuos. Los casos más sintomáticos requieren internación, antibióticos intravenosos y reposo intestinal.

- ✓ La mayoría mejora en **48–72 horas**. Si no hay respuesta, debe sospecharse absceso, que puede drenarse percutáneamente.

Tras la resolución del episodio, se recomienda **colonoscopia a las 4–6 semanas** para descartar neoplasia.

- ⓘ La indicación de cirugía programada ya no se basa estrictamente en el número de episodios, sino en la **situación clínica individual**. Se considera en pacientes inmunodeprimidos o cuando no se puede descartar cáncer.

Cuando se indica cirugía, el procedimiento habitual es la **resección del sigmoide con anastomosis primaria**, extendiendo la resección distal hasta el recto y proximalmente hasta tejido sano. No es necesario reseccionar todos los divertículos.

Estadificación

Estadio I	Inflamación con absceso pericólico
Estadio II	Absceso retroperitoneal o pélvico
Estadio III	Peritonitis purulenta
Estadio IV	Peritonitis fecal

Manejo según Gravedad

- **Abscesos grandes:** drenaje percutáneo + antibióticos → diferir cirugía
- **Peritonitis o aire libre:** cirugía urgente
- **Hinchey I–II:** resección sigmoide con anastomosis primaria en un tiempo
- **Cuadros severos:** procedimiento de Hartmann (resección + colostomía terminal)
- **Extrema gravedad:** derivación proximal y drenaje (alta morbilidad)



La clasificación de Hinchey orienta la decisión terapéutica: los estadios iniciales permiten manejo conservador o cirugía diferida, mientras que los estadios avanzados requieren intervención quirúrgica urgente.

Hemorragia Diverticular

Se produce por erosión de una arteriola asociada al divertículo y puede causar **sangrado masivo**, especialmente en pacientes añosos. Sin embargo, en la mayoría de los casos el sangrado se detiene espontáneamente.

1

Estabilización

Manejo hemodinámico inicial: reposición de volumen, transfusión si es necesario, monitorización.

2

Localización

Identificar el sitio de sangrado mediante colonoscopia o angiografía con contraste.

3

Tratamiento

Manejo endoscópico o angiográfico. Solo en casos persistentes o recurrentes se requiere cirugía.

Opciones Terapéuticas

Endoscopia

Primera línea cuando se localiza el sitio de sangrado. Permite hemostasia directa.

Angiografía

Útil para localización y embolización selectiva en sangrado activo no controlado endoscópicamente.

Cirugía

Resección segmentaria reservada para casos persistentes o recurrentes que no responden a tratamiento conservador.

Puntos Clave de la Enfermedad Diverticular

1 Alta prevalencia en mayores de 50 años

Asociada a dieta pobre en fibra y aumento de presión intraluminal.

2 La TC es el estudio de elección en fase aguda

Colonoscopia contraindicada durante el episodio agudo.

3 Cirugía individualizada, no por número de episodios

La indicación quirúrgica se basa en la situación clínica del paciente.

- Colonoscopia de control a las **4-6 semanas** tras la resolución de la diverticulitis para descartar neoplasia subyacente.