

Historia Clínica¹ + Exploración Física²

TAC/Ecografía+ Analítica³

GRAVEDAD⁴

No complicada

0

Tratamiento Ambulatorio⁵

Seguimiento consulta a los 7 días

Mejoría⁶

Colonoscopia⁷

Tratamiento Médico⁸

No Mejoría⁹

Ingreso Hospitalario TAC/Ecografía+ Analítica¹⁰

Complicada

Ingreso Hospitalario

Ia-b

Tratamiento Médico¹¹

IIa

Médico + Drenaje PC¹²

IIb

Médico¹³

III

Médico Intensivo + Cirugía¹⁶

IV

Médico Intensivo + Cirugía¹⁷

No mejoría

TAC de reestadiaje¹⁴ Cirugía¹⁵

CIRUGÍA ELECTIVA

Médico + Resección + Anastomosis¹⁸

1. Es importante conocer el número de episodios previos, tratamiento de los mismos y tiempo de evolución. El síntoma más frecuente es dolor abdominal (80% en FII), y en segundo lugar alteraciones intestinales. También las comorbilidades que presenta especialmente los que pueden ser claves para aumentar la gravedad del cuadro (Obeso, DM, cardiopatía, inmunosupresión)
 2. La exploración abdominal es imprescindible para descartar peritonitis y por tanto cuadro de actuación urgente. Es posible palpar en estos pacientes masa en FII.
 3. Se debe solicitar una analítica completa, deberemos valorar especialmente la existencia de leucocitosis, trombocitosis, descompensación de la glucosa y los reactantes de fase aguda (PCR y/o procalcitonina). Estas últimas pueden ayudar para monitorizar la respuesta al tratamiento. La tomografía axial (TC) es la exploración de elección con una sensibilidad del 97% y especificidad del 98%. La ecografía es barata, accesible, y sin efectos secundarios pero con peor sensibilidad y especificidad, operador dependiente y limitada en obesos. Se debe emplear la clasificación de la Sociedad Mundial de Cirugía de Urgencia (WSES) (**Tabla**)
 4. Los criterios de gravedad de una diverticulitis aguda vienen determinados por: la edad, las comorbilidades, el estado general del paciente, la existencia de fiebre, exploración con peritonismo, la tensión arterial y la frecuencia cardiaca así como los datos analíticos y los hallazgos del TAC.
 5. El tratamiento ambulatorio es posible en los pacientes:
 - Edad: Pacientes con menos de 65 años que presenten buen estado general.
 - Ausencia de comorbilidades: Cardiopatía, EPOC, DM, IRC, desnutrición, obesidad, cirrosis, inmunodepresión.
 - Clínica compatible con la enfermedad y ausencia de signos clínicos de complicación, como peritonitis, vómitos o distensión abdominal severa. TC compatible con WSES-0
 - Entorno social / familiar adecuado.
 - Voluntad del paciente
- El tratamiento ambulatorio consistirá en:
- Dieta líquida y progresivamente normal.
 - Amoxicilina Ac. Clavulánico 1g/ 8h v.o durante 5 días.
 - Analgésicos orales.
 - Controlar la temperatura al menos una vez al día. Control por médico de familia.
 - Revisión en Consulta de Cirugía Colorrectal a los 7 días. Acudir a Urgencias si persiste o empeora el cuadro clínico: fiebre, dolor abdominal intenso, vómitos, inestabilidad hemodinámica o deterioro general.
6. Los criterios de mejoría son clínicos, no hace falta hacer ninguna analítica si la sintomatología ha mejorado

7. La colonoscopia está contraindicada en fase aguda (esperar más de 6 semanas tras episodio agudo), posteriormente hay que realizarla siempre que persista masa o por edad le corresponda.
8. Se puede ensayar en pacientes con clínica de enfermedad diverticular o crisis leves de diverticulitis un tratamiento con Rifaximina (la dosis recomendada es de 400 mg 2 veces al día administrados oralmente de forma cíclica a razón de 7 días consecutivos cada mes; se recomienda su administración cíclica al objeto de evitar la completa eliminación de la microflora intestinal normal y de disminuir la probabilidad de desarrollar resistencia bacteriana), junto con fibra.
9. Los criterios de no mejoría son clínicos, la persistencia de dolor, fiebre o empeoramiento del estado general
10. Se deberá ingresar al paciente y solicitar analítica y nuevo TAC. Durante el ingreso hospitalario se realizará una monitorización de constantes y analítica con hemograma y PCR seriadas.
11. Pacientes con diverticulitis aguda con TAC con estadio Ia/Ib. Se iniciará tratamiento antibiótico: Ceftriaxona 1-2g/ 24h i.v+ Metronidazol 500 mg/ 8h i.v o Amoxicilina Ac. Clavulánico 1g/ 8h v.o durante 10 días. La mayoría de los pacientes con diverticulitis no complicada tienen una mejoría clínica significativa después de dos a tres días de antibióticos por vía intravenosa. El paciente debe cumplir con todos los criterios enumerados a continuación antes de que puedan ser dados de alta:
 - a. La normalización de los signos vitales (no fiebre, no taquicardia, no hipotensión)
 - b. La resolución del dolor abdominal
 - c. Resolución de leucocitosis significativa y caída de PCR
 - d. La tolerancia de la dieta oral
 - e. Si son alta antes de los 10 días, completar hasta 10 días de antibiótico
12. Pacientes con diverticulitis aguda con TAC con estadio IIa. Al tratamiento antibiótico debemos asociar el drenaje guiado por ecografía o TAC. La mayoría de los pacientes con diverticulitis complicada sometidos a drenaje percutáneo tienen una mejoría clínica significativa después de dos a tres días. Antes de que puedan ser dados de alta el paciente debe cumplir con los criterios enumerados en el apartado anterior y:
 - a. ECO/TC con mejoría radiológica
 - b. Drenaje con débito seroso <10 cc/24h
13. Pacientes con diverticulitis aguda con TAC con estadio IIb. Se iniciará tratamiento antibiótico: Ceftriaxona 1-2g/ 24h i.v+ Metronidazol 500 mg/ 8h i.v o Amoxicilina Ac. Clavulánico 1g/ 8h v.o durante 10 días.
14. Si no se produce mejoría clínica (no se cumplen criterios de alta) o aparece empeoramiento, y/o no mejoría de leucocitos y/o PCR se debe repetir TAC para reestadiaje. Si el estadio no se ha modificado, valorar factores de riesgo de resistencia a tratamiento antibiótico. Si el estadio ha aumentado, actuar según nuevo estadio.
15. Si no se produce mejoría clínica (no se cumplen criterios de alta) o aparece empeoramiento, y/o no mejoría de leucocitos y/o PCR se debe optar por el tratamiento quirúrgico. Debe optarse por la resección del segmento afecto y anastomosis con o sin estoma de protección. Se reservará la técnica de

- Hartmann o cirugía de control de daños (con restitución del tránsito en 72h) para pacientes con comorbilidades y aquellos con compromiso clínico (inestabilidad hemodinámica, coagulopatía, disfunción cardíaca).
16. Pacientes con diverticulitis aguda con TAC con estadio III. Los pacientes se someterán a intervención quirúrgica urgente. Ingresarán en camas de UCI y se inicia resucitación con fluidoterapia intensiva y antibioterapia empírica: Ceftriaxona 1-2g/ 24h i.v+ Metronidazol 500 mg/ 8h i.v o Amoxicilina Ac. Clavulánico 1g/ 8h v.o (Piperacilina-tazobactam 4/0.5 g /8h o Ertapenem1g/24 h, si antibioterapia previa). Si sospecha de Enterobacterias productoras de BLEE (Ertapenem1g/24 h iv) o shock (Meropenem 1g/8h iv). Debe optarse por el lavado y drenaje junto con la resección del segmento afecto y anastomosis con o sin estoma de protección. Se reservará la técnica de Hartmann o cirugía de control de daños para pacientes con comorbilidades y aquellos con compromiso clínico (inestabilidad hemodinámica, coagulopatía, disfunción cardíaca). El lavado-drenaje laparoscópico queda reservado a pacientes seleccionados con peritonitis purulenta sin evidencia de perforación y estabilidad hemodinámica
 17. Pacientes con diverticulitis aguda con TAC con estadio IV. Ingresarán en camas de UCI y se inicia resucitación con fluidoterapia intensiva y antibioterapia empírica según apartado anterior. El lavado-drenaje laparoscópico no ha demostrado beneficios.
 18. En general el 20 % de los enfermos requieren cirugía. La tasa de recurrencia tras una diverticulitis es del 25-35 %. Existe una tendencia creciente a cuestionar la indicaciones arbitrarias de manejo quirúrgico de los episodios recurrentes, con excepción de algunos grupos como los inmunodeprimidos. Las guías de práctica actuales establecen que la indicación de resección tras la recuperación de una diverticulitis aguda no complicada debe ser individualizada. No existe diferencia de criterios entre un anciano y un joven, salvo por los debidos a las comorbilidades asociadas.

Bibliografía:

Sartelli M, Catena F, Ansaloni L, Coccolini F, et al. WSES guidelines for the management of acute left sided colonic diverticulitis in the emergency setting. *World J Emerg Surg.* 2016; 29;11-37

Sartelli M, Weber DG, Kluger Y, Ansaloni L, Coccolini F, et al. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. *World J Emerg Surg.* 2020;7;15(1):32. doi: 10.1186/s13017-020-00313-4.

Camacho-Marente V, Tinoco-González J, Pareja-Ciuró F, Padillo-Ruiz FJ, López-Bernal F et al. Protocolo multidisciplinar intercentro sobre la atención del paciente con diverticulitis aguda del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Tabla

0	divertículos, engrosamiento de la pared, aumento de la densidad de grasa pericólica.
I a	burbujas de aire pericólico o una pequeña cantidad de líquido pericólico sin absceso (a menos de 5 cm del segmento intestinal inflamado).
I b	absceso pericólico <4cm.
II a	absceso pericólico >4 cm.
II b	aire distante a > 5 cm del segmento afecto.
III	líquido difuso sin gas libre distante.
IV	líquido difuso con gas libre distante.