

# DIVERTICULITIS

---

Laura Sánchez, Arantxa Mata

Los divertículos son herniaciones de la mucosa y submucosa a través de la capa muscular del colon de unos 5-10 mm. Se desconoce el mecanismo responsable de esta patología, pero se sospechan que detrás pueden existir: puntos débiles de la musculatura circular del colon, alteraciones anatómicas intrínsecas del colon, trastornos de la función motora o denervación vagal.

Los factores de riesgo no modificables son la edad (el 50% de las personas mayores de 50 años, tienen divertículos, aunque presentan más complicaciones en personas jóvenes) y el sexo más frecuente en mujeres.

Los factores de riesgo modificables descritos son: un bajo consumo de fibra, sedentarismo y la obesidad.

La diverticulosis es la enfermedad cólica más frecuente en Occidente y llega a afectar al 10% de la población. El 80% de estos pacientes permanecen asintomáticos.

La diverticulitis es la complicación más frecuente (10-25%). Los fecalitos, producen una inflamación de la mucosa del divertículo pudiendo llegar a la necrosis. Aproximadamente 1-2% de los sujetos con divertículos requerirán en algún momento un ingreso por este motivo y casi la mitad tratamiento quirúrgico.

Se considera que la diverticulitis es no complicada cuando el cuadro se limita a una inflamación localizada y complicada cuando aparecen signos de obstrucción, absceso, fístula, hemorragia digestiva baja o perforación.

## APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA EN URGENCIAS

### Anamnesis

El síntoma más frecuente en la diverticulitis es el dolor en la fosa iliaca izquierda. Suele aparecer fiebre, diarrea o estreñimiento y náuseas. El paciente puede presentar clínica miccional por la irritación de la vejiga, por el proceso inflamatorio adyacente o por la aparición de una fístula colovesical.

Debemos investigar sobre las posibles complicaciones:

- **Absceso intraabdominal:** Fiebre alta y persistente a pesar del tratamiento antibiótico y a menudo una masa palpable e hipersensible en el abdomen.

- **Fístula colovesical (la más frecuente) o colovaginal:** pueden referir neumaturia o fecaluria. Más frecuente en varones. La TC es útil en el estudio de las fístulas colovesicales, ya que además de mostrar neumaturia permite evaluar la extensión y grado de la inflamación pericólica. El tratamiento de las fístulas suele ser quirúrgico.
- **Oclusión intestinal:** dolor abdominal, estreñimiento, vómitos. Más frecuente en los pacientes que han presentado episodios previos y tienen zonas con estenosis intestinal.
- **Hemorragia diverticular:** por la rotura de los vasa recta a nivel de la cúpula o del cuello del divertículo. Es la causa del 40% de episodios de hemorragia digestiva baja.
- **Perforación diverticular a peritoneo:** abdomen agudo.

Otros procesos que deben ser considerados en el diagnóstico diferencial son la apendicitis aguda, la enfermedad pélvica inflamatoria, la enfermedad inflamatoria intestinal, el síndrome de intestino irritable, la colitis isquémica, la pielonefritis, el absceso tubo-ovárico, la litiasis ureteral, la torsión ovárica, el vólvulo del colon y la endometriosis.

## Exploración

Se debe realizar una exploración física completa. En la exploración abdominal debemos evaluar:

1. **Inspección:** Buscar cicatrices, bultomas y distensión.
2. **Auscultación:** En el caso de una obstrucción los ruidos inicialmente están aumentados, disminuyendo progresivamente, apareciendo ruidos metálicos conforme progresa el cuadro.
3. **Palpación:** varía desde el dolor a la palpación profunda, hasta la superficial con signos de irritación peritoneal. Detectar zonas empastadas con efecto de masa. Explorar posibles orificios herniarios (ingles, zona umbilical).

## Pruebas complementarias

- **Laboratorio:** Se debe solicitar una analítica con hemograma (descartar anemia y datos de infección), coagulación (para valorar la función hepática, además de ser necesaria en caso de intervención quirúrgica) y bioquímica (función renal e iones). La amilasa, LDH, el pH y el exceso de bases, nos informará sobre el sufrimiento intestinal. Más del 50% de los casos muestran leucocitosis. En los pacientes con clínica miccional encontraremos piuria cuando hay inflamación próxima a las vías urinarias y bacteriuria en caso de fístula colovesical.
- **Radiografía de abdomen:** Valorar solicitar la radiografía en decúbito, en bipedestación, o decúbito lateral y rayo horizontal. Puede mostrar distensión de asas y niveles hidroaéreos

en caso de íleo u oclusión y neumoperitoneo en los raros casos de perforación.

- **Radiografía tórax:** descartar neumoperitoneo y aporta información complementaria de la condición cardiopulmonar en pacientes de edad avanzada.
- **Ecografía abdominopélvica:** puede mostrar engrosamiento mural y la presencia de abscesos.
- **TC abdominopélvico:** Cuando existen dudas en el diagnóstico, la tomografía computarizada (TC) es la prueba de imagen de elección para la diverticulitis aguda debido a su especificidad y sensibilidad. La TC está indicada ante la sospecha de diverticulitis complicada, en pacientes graves o en caso de deterioro clínico importante. El examen debe realizarse, en lo posible, con contraste hidrosoluble por vía oral, y con contraste iv.

#### En los siguientes casos se realizará un TAC:

- Pacientes que presenten en la valoración inicial de urgencias signos y/o síntomas de irritación del peritoneo y/o criterios de sepsis.
- Pacientes con diagnóstico diferencial con patología vascular (disección, aneurisma o fenómeno isquémico agudo abdominal).
- Pacientes muy obesos, por su dificultad intrínseca para la valoración ecográfica.
- Pacientes que presenten en la ecografía una colección líquida (absceso).
- Pacientes con evolución tórpida.
- Aquellos pacientes que, por los hallazgos ecográficos, el radiólogo lo considere oportuno.

## TRATAMIENTO

**Dieta:** Si tolerancia oral y tratamiento ambulatorio: dieta oral con líquidos. En caso de ingreso hospitalario: dieta absoluta con sueros intravenosos. Según tolerancia y evolución introducir progresivamente dieta líquida y suave.

**Tratamiento sintomático:** Analgésicos y antitérmicos: paracetamol y/o metamizol. Evitar los opiáceos por aumentar la presión intracólica.

#### Antibióterapia:

- Paciente con diverticulitis aguda no complicada y sin factores de riesgo son candidatos a tratamiento con antibióterapia oral ambulatoria.
- Los enfermos que no mejoran después de un período de 48-72 h o aquellos que presentan deterioro clínico deben ser hospitalizados así como llevar a cabo exploraciones que permitan descartar la presencia de complicaciones.

- Pacientes con diverticulitis aguda no complicada con algún factor de riesgo son candidatos a ingreso hospitalario a cargo de Cirugía General.

La antibioterapia empírica debe cubrir la flora colónica ( bacterias anaerobias y gram negativas).

**Infecciones leves-moderadas:**

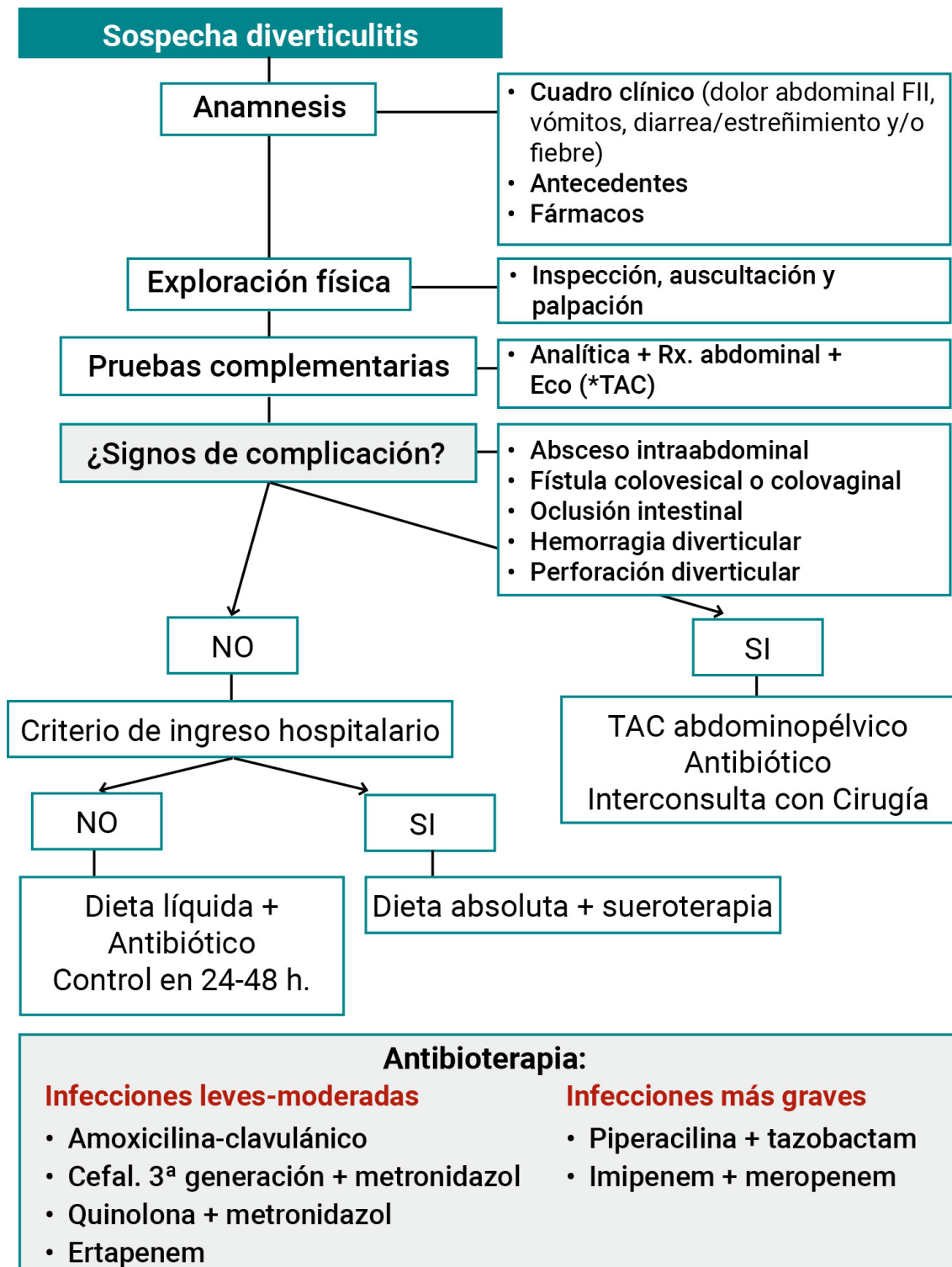
- Amoxicilina-clavulánico.
- Cefalosporina de 3<sup>a</sup> generación + metronidazol.
- Quinolona + metronidazol.
- Ertapenem.

**Infecciones más graves:**

- Piperacilina + tazobactam.
- Imipenem o meropenem.

La duración del tratamiento será entre cinco y diez días.

## ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO



\* La duración del tratamiento será entre 5 y 10 días.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Hall J, Hammerich K, Roberts P. New paradigms in the management of diverticular disease. *Curr Probl Surg* 2010;47:680-735.
2. Touzios JG, Dozois EJ. Diverticulosis and acute diverticulitis. *Gastroenterol Clin North Am* 2009;38:513-25.
3. Barnert J, Messmann H. Diagnosis and management of lower gastrointestinal bleeding. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2009;6:637-46.