

Clasificación WSES para el manejo de la diverticulitis aguda.

Jhoan S. Mangonez Varón¹, Patricia Ramos Álvarez¹,
Rocío Muedra Jáñez¹, Natalia Cadrecha Sánchez¹,
Clara Ramírez Jaén¹, Isabel Álvarez Muñiz¹,
Elsa García Antuña¹, Ana I. Barrio Alonso¹,
Carlos Mateos Palacios².

¹ Servicio de Radiodiagnóstico - Hospital de Cabueñes, Gijón.

² Servicio de Cirugía General y Digestiva - Hospital de Cabueñes, Gijón.

Objetivo docente

- Repasar los hallazgos radiológicos de la diverticulitis aguda y sus complicaciones.
- Revisar clasificaciones y sistemas de puntuación utilizados en la literatura médica para evaluar la severidad de la diverticulitis aguda.
- Analizar la aplicabilidad de las clasificaciones actuales en la práctica clínica y sus implicaciones terapéuticas.

Revisión del tema

Definiciones

Diverticulosis del colon:

Se catalogan en realidad como **pseudodivertículos**, pues no afectan a toda la pared del colon. (Figura 1)

La mayoría de personas con divertículos son **asintomáticos**, por lo que, no debería considerarse una enfermedad.

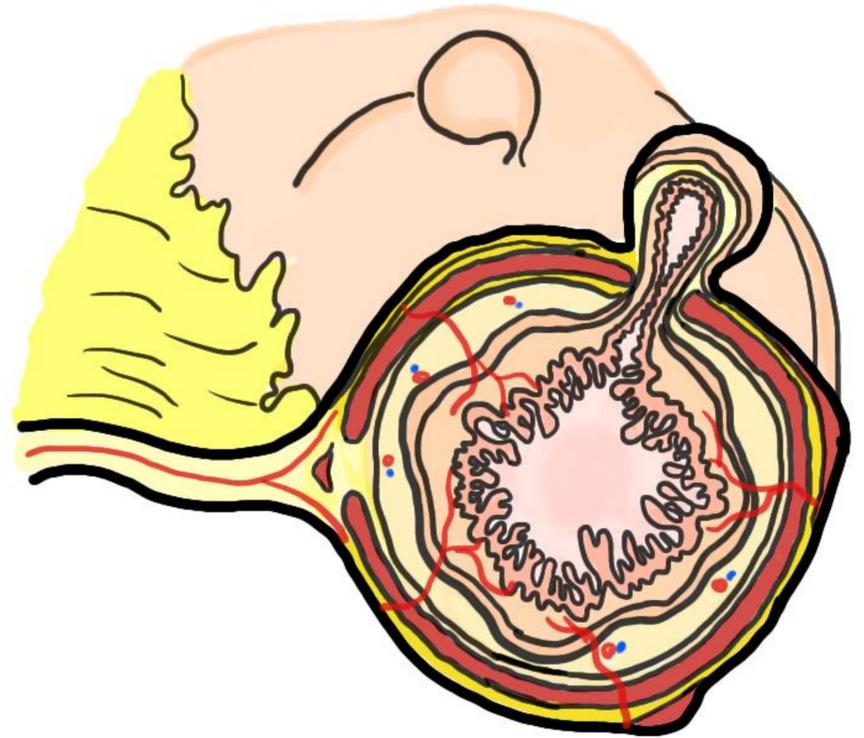


Figura 1. Divertículo de colon: protrusiones saculares de la mucosa y submucosa a través de la capa muscular del colon.

Enfermedad diverticular (ED): Personas que tienen **síntomas** relacionados con la presencia de divertículos, incluyendo desde los que refieren dolor leve en el abdomen, hasta los que presentan complicaciones agudas (inflamación, sangrado) y crónicas (estenosis, fístulas).

Enfermedad diverticular sintomática no complicada (EDSNC): Síntomas abdominales como dolor, hinchazón, cambios en el hábito intestinal, en **ausencia de inflamación** de los mismos.

Termino controvertido: Dificultad para diferenciarlo de otros síndromes con clínica similar, como el síndrome de intestino irritable (**SII**). Sigue sin estar claro si se trata de una enfermedad propia o si representa la coexistencia de SII y diverticulosis.

Diverticulitis: Inflamación peridiverticular de la **pared del intestino** y del **tejido circundante**. La causa subyacente es un aumento de presión intraluminal que condiciona la perforación (micro/macro) del divertículo, debido a erosión de su pared, con la inflamación y necrosis focal resultante.

Diverticulitis aguda (DA) no complicada: Inflamación de un **segmento intestinal con divertículos y del tejido circundante** sin signos de perforación (aire extraluminal) ni formación de abscesos.

Diverticulitis aguda (DA) complicada: El proceso inflamatorio se extiende **más allá de la pared del colon**. La peridiverticulitis por sí sola no se considera una enfermedad complicada.

Incluye:

- **Perforación cubierta** con burbujas de aire en la proximidad del intestino.
- **Absceso** intrabdominal adyacente al segmento inflamado o distante.
- **Perforación libre con peritonitis** purulenta o fecaloidea.

Diverticulitis crónica (DC) no complicada: Se caracteriza por un **engrosamiento** de la pared del colon o inflamación crónica de la mucosa **en ausencia de estenosis**.

Diverticulitis crónica (DC) complicada:

Incluye:

- **Estenosis:** estreñimiento, suboclusión u obstrucción intestinal aguda.
- **Fistulización:** Colovesical (65%), colovaginal (25%), colocutánea, coloentérica.

Definiciones

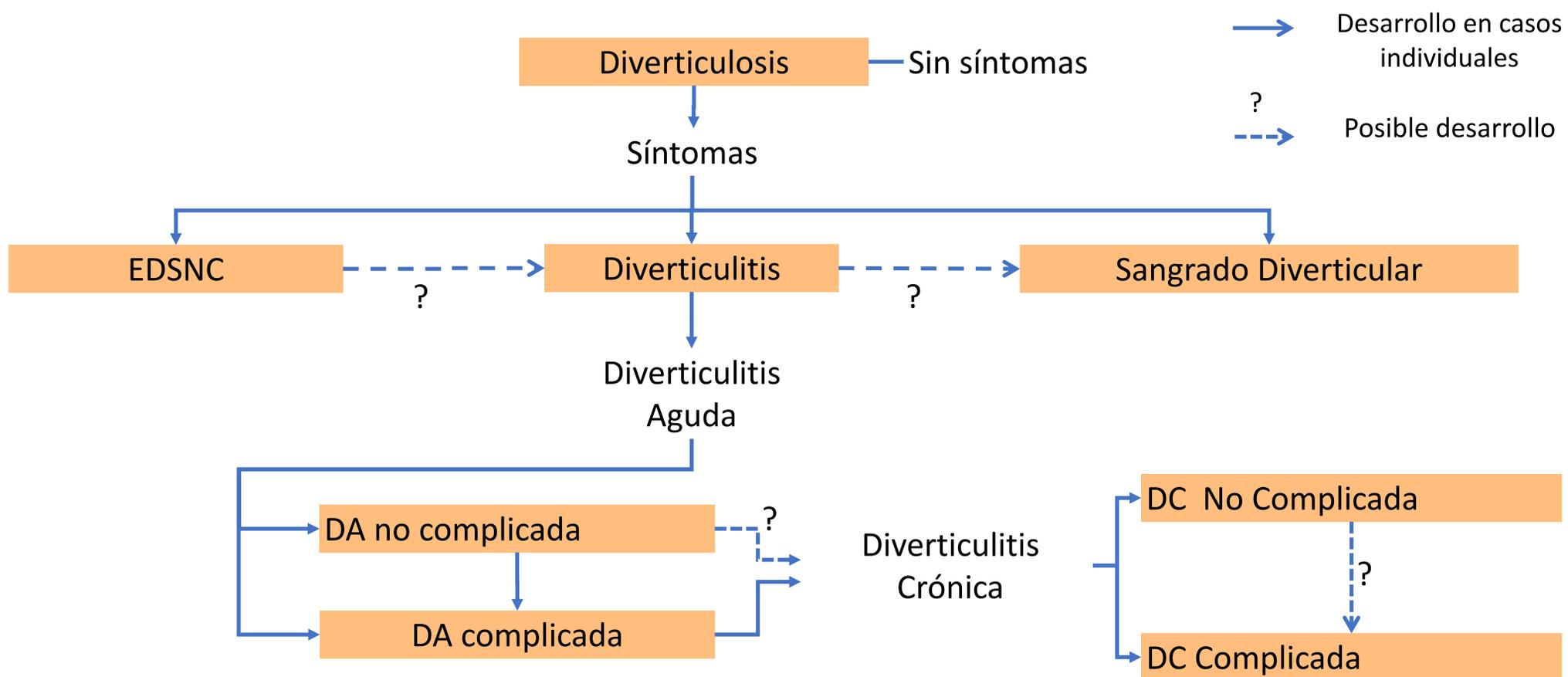


Figura 2. Diferentes estadios de la diverticulosis y la enfermedad diverticular. Schultz, J. K., Azhar, N., Binda, G. A., Barbara, G. et al (2020). European Society of Coloproctology: guidelines for the management of diverticular disease of the colon. Colorectal disease : the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland, 22 Suppl 2, 5–28. <https://doi.org/10.1111/codi.15140>

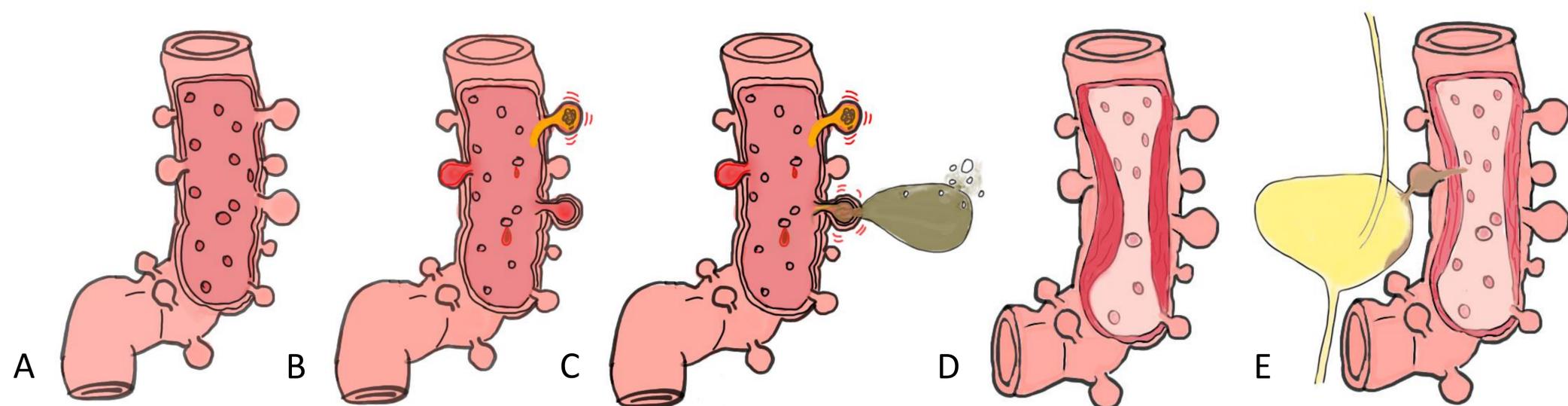


Figura 3: A: Diverticulosis de colon. B: Diverticulitis aguda y hemorragia diverticular. C: Diverticulitis aguda complicada. D: Diverticulitis crónica no complicada. E: Diverticulitis crónica complicada.

Epidemiología

ED:

- Países occidentales/estilo de vida occidental: + frec en **colon izquierdo**, especialmente en el sigma.
- Países asiáticos: + frec. colon derecho (Figura 4).

La incidencia aumenta con la **edad**.

- < 5% en < 40 años.
- 5-10% en 5ª década
- 65-80% > 7ª década

Ancianos: predominio femenino

Jóvenes: predominio masculino

5-20% desarrollarán síntomas de DA y un 20% de ellos presentarán un episodio complicado.

DA es la 1ª causa de perforación del colon izquierdo (60% del total).

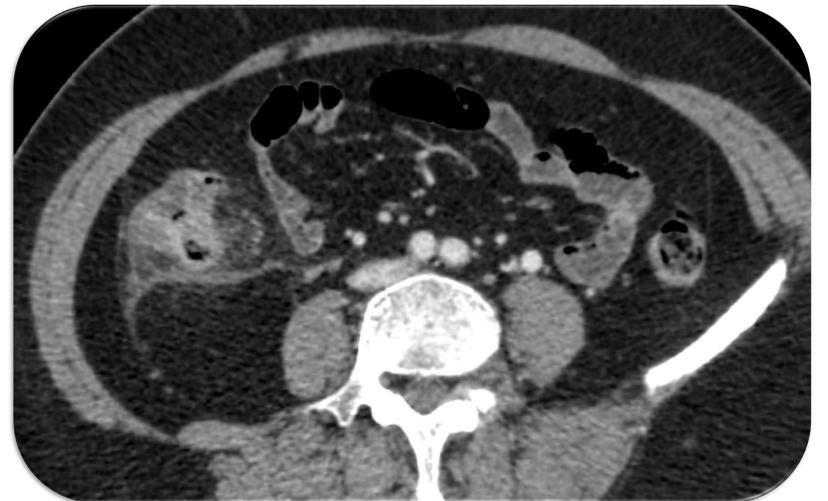


Figura 4: TC axial y coronal que muestra presencia de divertículos en colon derecho con afectación de la grasa peridiverticular. Diverticulitis Aguda de Colon Derecho.

Etiología y Fisiopatología

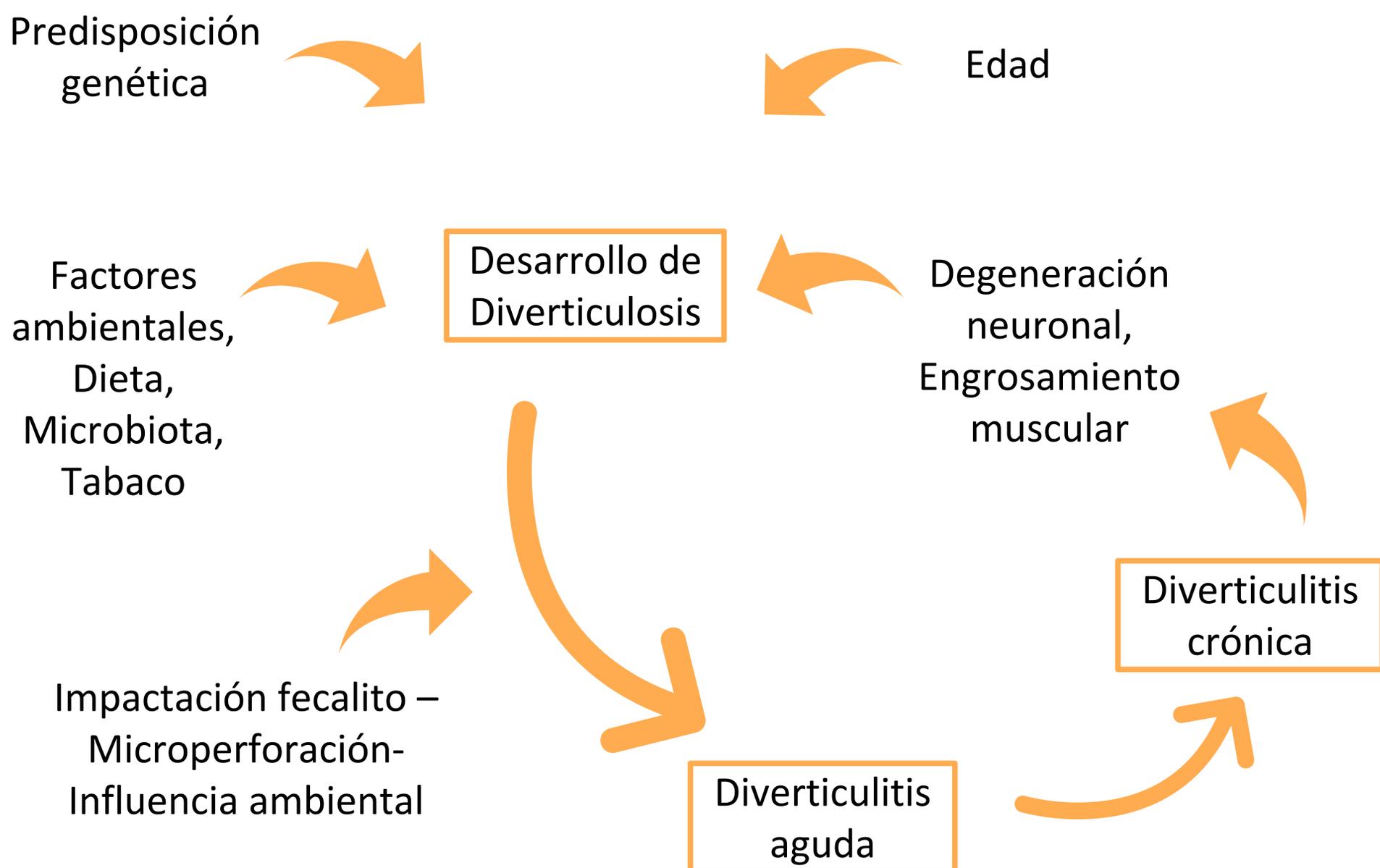


Figura 5. Posible patogénesis de la diverticulosis y la enfermedad diverticular. Humes, D. J., & Spiller, R. C. (2014). Review article: The pathogenesis and management of acute colonic diverticulitis. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 39(4), 359–370. <https://doi.org/10.1111/apt.12596>

Manifestaciones Clínicas y Valoración

Manifestación típica: Dolor abdominal en **cuadrante inferior izquierdo** + síntomas sistémicos (como fiebre y malestar general).

Manifestaciones de sospecha de posible DA complicada: Masa abdominal inferior, íleo, **peritonismo generalizado**, mal estado general.

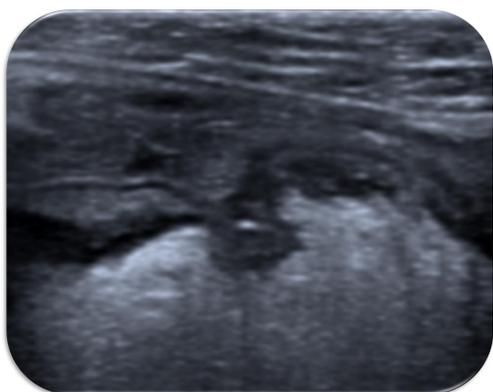
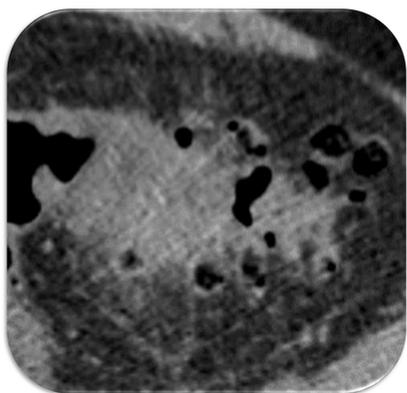
Diagnóstico diferencial: Es **amplio** e incluye apendicitis aguda, tumores malignos, patología ginecológica, entre otros cuadros inflamatorios intraabdominales.

Evaluación inicial: Establecer el **diagnóstico** de DA, la presencia de **complicaciones** (o el riesgo de desarrollarlas) y la mejor pauta de tratamiento.

Laboratorio estándar: Respuesta inflamatoria y efecto sobre otros sistemas orgánicos. Incluye hemograma, urea/Cr, electrolitos y marcadores inflamatorios.

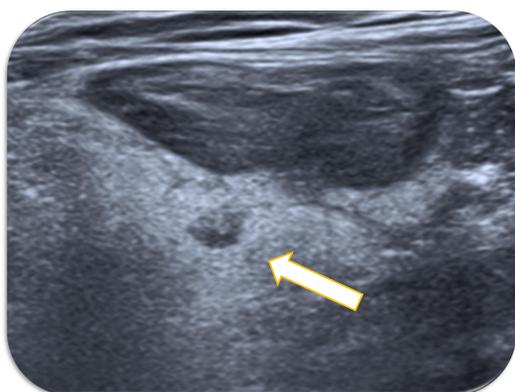
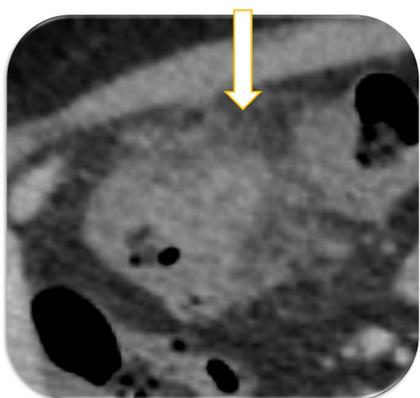
Existe una considerable superposición de síntomas con otras enfermedades, por lo que la **investigación radiológica es esencial** para un diagnóstico preciso.

Pruebas de Imagen

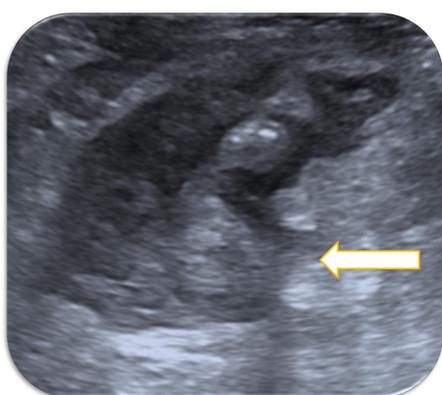


Presencia de divertículos y engrosamiento mural del segmento doloroso (>4 mm).

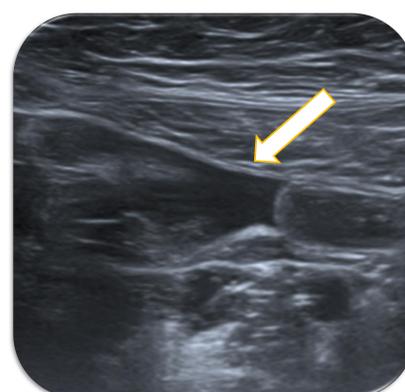
Hipoecogenicidad mural del colon o de la pared de los divertículos afectados



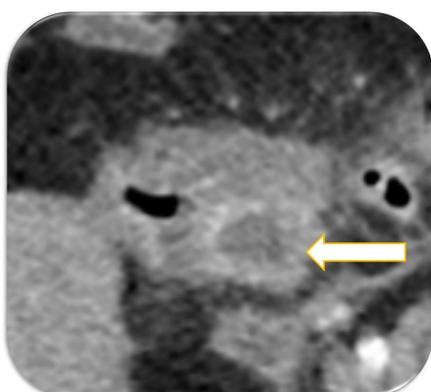
Flemón peridiverticular y/o pericólico: Aumento de densidad/ecogenicidad adyacente.



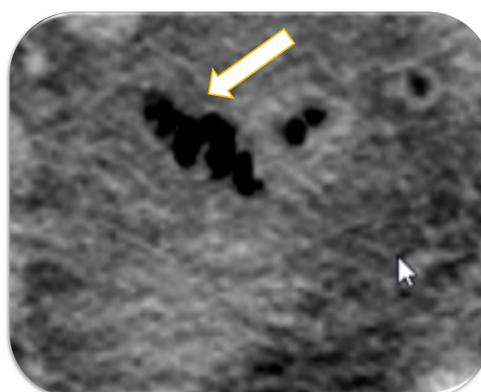
Pérdida de definición de las capas murales



Líquido adyacente



Abscesos locales.



Neumoperitoneo focal .

Figura 6. Hallazgos radiológicos en TC y ecografía de la DA.

WSES

TC abdominal

- TC con contraste intravenoso (I.V) como técnica de imagen de elección.
- Es el patrón oro tanto para el diagnóstico como para la estadificación de los pacientes con **DACI** (Diverticulitis aguda del colon izquierdo).
- Sensibilidad (S): 95% y Especificidad (E): 96%
- Criterios de TC pueden determinar severidad y orientar la planificación del tratamiento.

Ecografía

- Se sugiere como evaluación inicial cuando la realiza un operador experto. Ampliamente disponible y de fácil acceso.
- (S): 90% y (E): 90%
- Limitaciones: operador - dependiente, mala evaluación en pacientes obesos y dificultad para detectar gas libre y abscesos localizados en profundidad.

El abordaje escalonado con TC tras una ecografía no concluyente o negativa, se ha propuesto como un abordaje seguro y alternativo.

Pacientes con PCR > 150 mg/l: tienen mayor riesgo de diverticulitis complicada y deberían someterse siempre a una TC.

Los exámenes radiológicos mejoran la precisión diagnóstica en el 37% de los pacientes, pero cambiaron el tratamiento sólo en el 7%.

Clasificaciones clásicas de la DA

Existen múltiples sistemas de clasificación para la **DACI** (Diverticulitis Aguda de Colon Izquierdo) (Tabla 1), pero ninguno ha demostrado ser superior para predecir los resultados. No se puede ofrecer una recomendación específica.

Estadio		Hinchey 1978	Hinchey modificada (Kaiser) 2005	Neff 1989	Neff modificada (Mora López) 2012
0			Diverticulitis clínica leve	Diverticulitis No Complicada: Divertículos, engrosamiento mural, aumento densidad de la grasa pericólica.	
I	Ia	Absceso pericólico	Inflamación Pericólica confinada (flemón)	Localmente Complicada: Absceso local.	Localmente Complicada: Burbujas de gas localizadas
	Ib		Absceso pericólico confinado		Localmente Complicada: Absceso < 4 cm
II		Absceso a distancia: pélvico, intraabdominal distante o retroperitoneal		Complicada con absceso pélvico: absceso > 4cm en pelvis	
III		Peritonitis purulenta generalizada		Complicada con absceso a distancia: Fuera de cavidad pélvica	
IV		Peritonitis fecal		Complicada con otras complic. a distancia: Neumoperitoneo abundante y/o liquido libre intraabdominal	

Tabla 1. Comparativa de las clasificaciones mas relevantes de la DACI.

WSES

La Sociedad Mundial de Cirugía de Emergencia publicó una propuesta de clasificación guiada por TC (Tabla 2) y actualizó las directrices para el tratamiento de la DACI.

DA no complicada: La infección sólo afecta al colon y no se extiende al peritoneo.

DA complicada: El proceso infeccioso va más allá del colon. Se divide en 4 fases, en función de la extensión del proceso infeccioso

Se sugiere una evaluación completa: historia clínica, exploración, marcadores de inflamación y hallazgos radiológicos.



Diagnostico de presunción con criterios clínicos, pero se precisan **siempre** técnicas de imagen para su confirmación.

WSES 2015 (actualizada 2020)

WSES 2015 (actualizada 2020)		
No Complicada:	0	Divertículos, engrosamiento mural, aumento densidad de la grasa pericólica.
Complicada	1A	Burbujas de gas pericólico o pequeña cantidad de liquido sin absceso (a menos de 5 cm del segmento inflamado).
	1B	Absceso ≤ 4 cm.
	2A	Absceso > 4 cm.
	2B	Gas a distancia (> 5 cm del segmento inflamado).
	3	Liquido difuso sin gas libre a distancia.
	4	Liquido difuso con gas libre a distancia .

Tabla 2. Clasificación WSES.

Clasificaciones clásicas de la DA

Clasificaciones Hinchey y Hinchey modificada incluyen en su descripción **hallazgos quirúrgicos** (peritonitis purulenta o peritonitis fecaloidea).

Clasificaciones Neff y Neff modificada diferencian entre DACI leve, moderada o localmente complicada y severa complicada.

Cuando aparece **flemón** asociado, las clasificaciones de Hinchey y Hinchey modificado (Estadio I) sobrevaloran la gravedad (versus estadio 0 de WSES).

La aparición de **liquido localizada** (pericolónico o pélvico) no se describía en ninguna clasificación.

El **liquido libre intraabdominal** es un marcador de gravedad (mayor leucocitosis y mayor estancia hospitalaria), pero está destinado a la sobreestadificación (grado IV en clasificaciones Neff y Neff modificada).

El **neumoperitoneo localizado** únicamente se contemplaba en la clasificación de Neff modificada.

Clasificaciones Hinchey y Hinchey modificada no consideran el **tamaño del absceso** sino su localización, pero existen diferencias significativas en la gravedad ante la presencia de un absceso de más de 4 cm.

Casos

WSES 0: DA no complicada

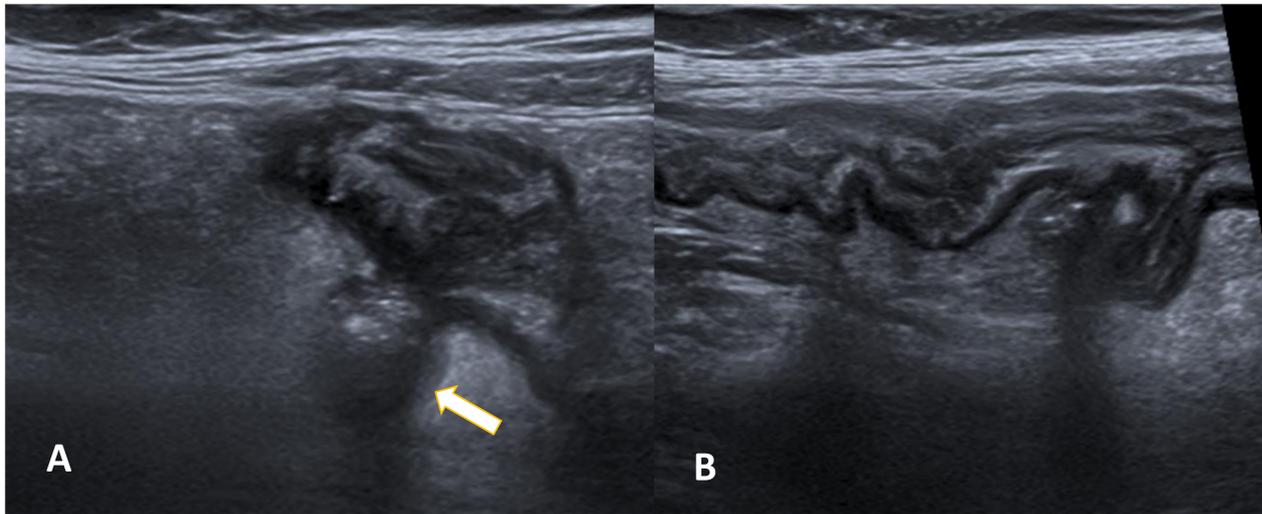


Figura 7. Ecografía: En fosa iliaca izquierda, coincidiendo con el punto de máximo dolor, se identifica un divertículo dependiente de colon descendente distal (**A: en transverso**) y (**B: en longitudinal**), que presenta engrosamiento y mala definición parietal (flecha) y asocia cambios inflamatorios en la grasa adyacente.

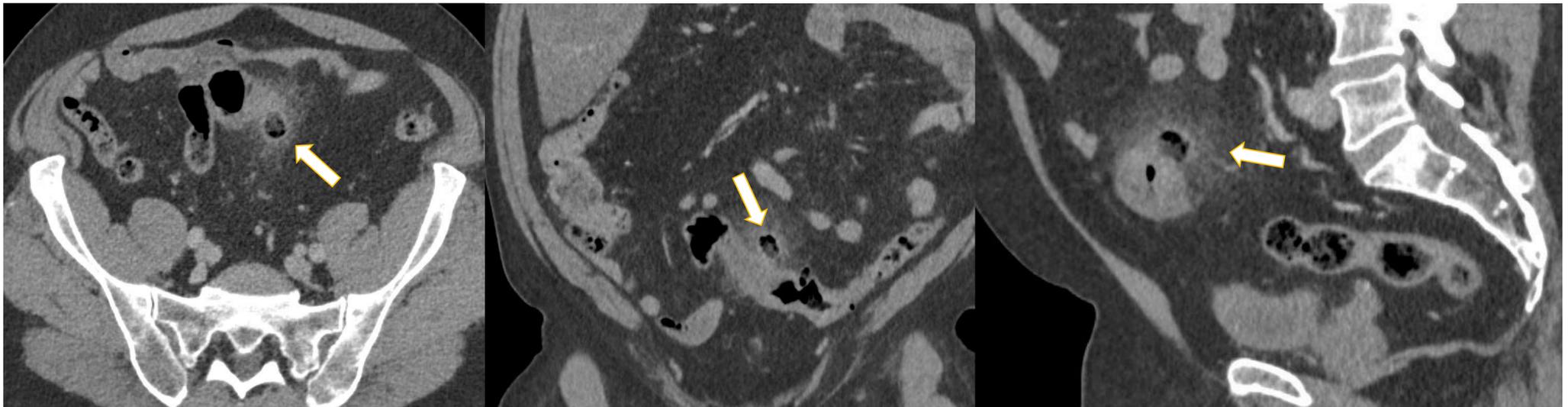


Figura 8. TC: Divertículo en colon sigmoides que asocia cambios inflamatorios (hiperdensidad y reticulación) de la grasa adyacente .

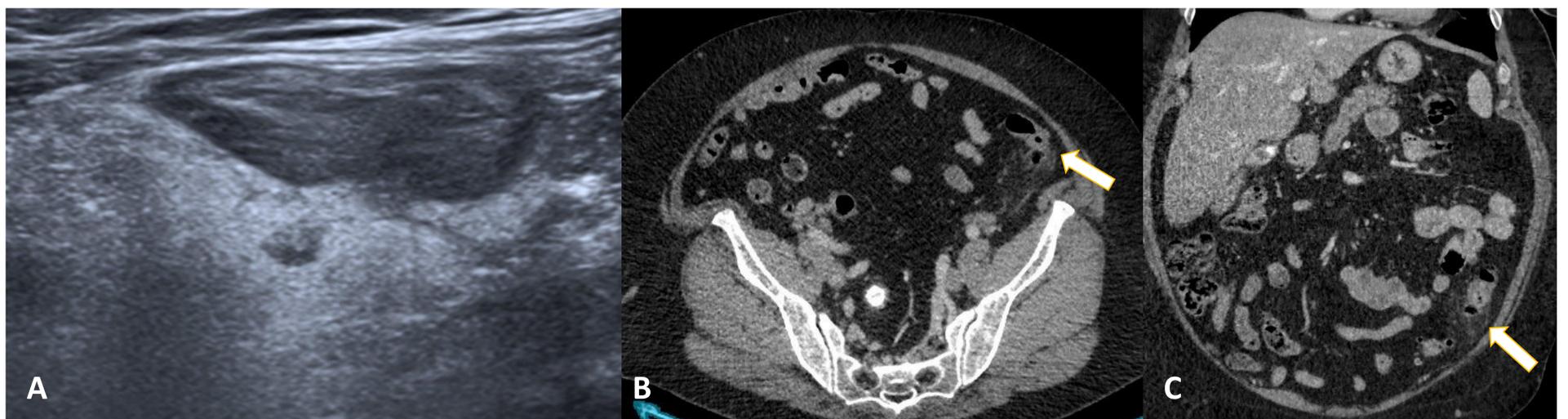


Figura 9. A (ecografía) Engrosamiento parietal concéntrico de un segmento de colon descendente, presenta imagen diverticular con aumento de ecogenicidad de la grasa circundante. **B y C: (TC)**

WSES 0: DA no complicada

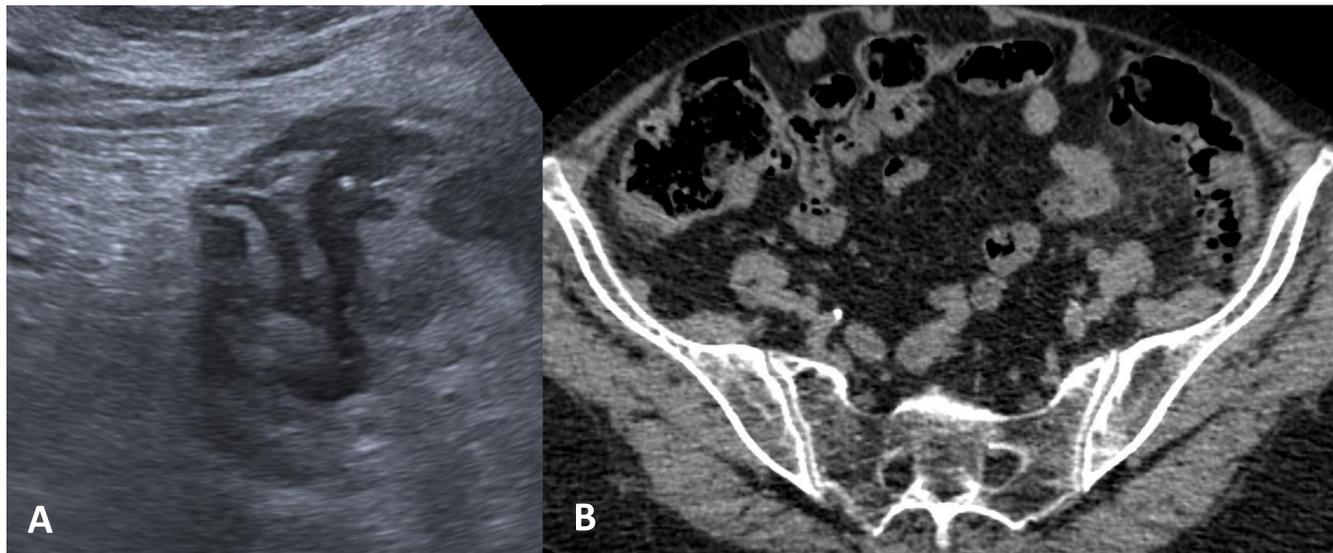


Figura 10. A. Ecografía: Colon sigmoides de paredes levemente engrosadas con múltiples divertículos, asocia hiperecogenicidad de la grasa adyacente. **B. TC:** se confirma afectación del colon sigmoides que presenta alteración de grasa perisigmoidea, sin asociar otros signos de complicación.

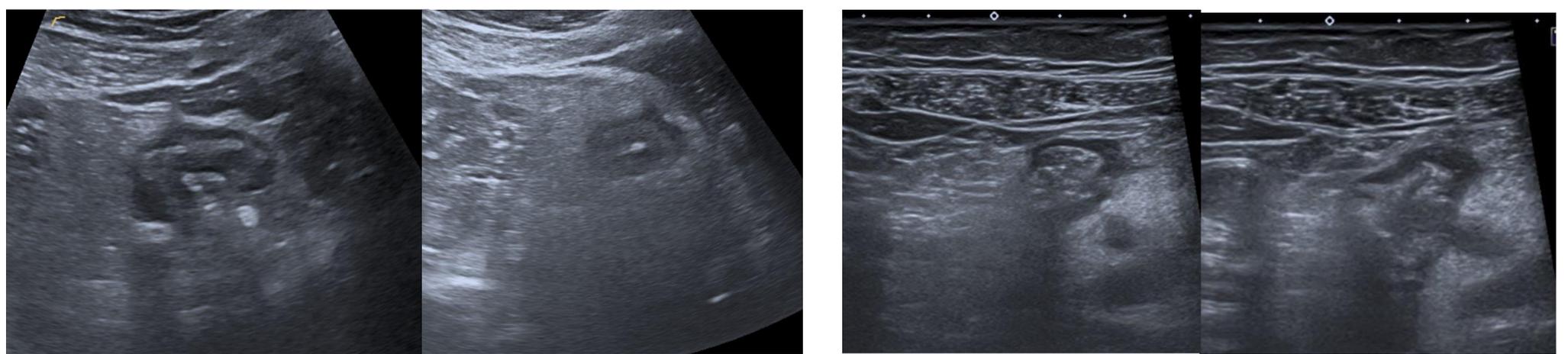


Figura 11. Hallazgos ecográficos típicos. Casos de DACI no complicada. Divertículos parietales engrosados y desdibujados por edema submucoso y reticulación de la grasa locorregional.

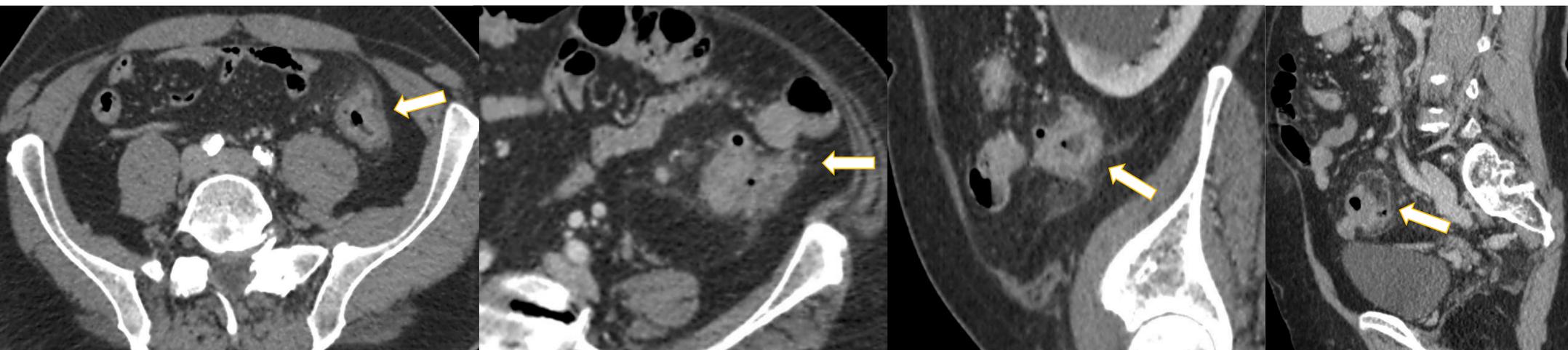


Figura 12. Hallazgos tomográficos típicos. Casos de DACI no complicada. Flemón pericólico.

WSES 1A:

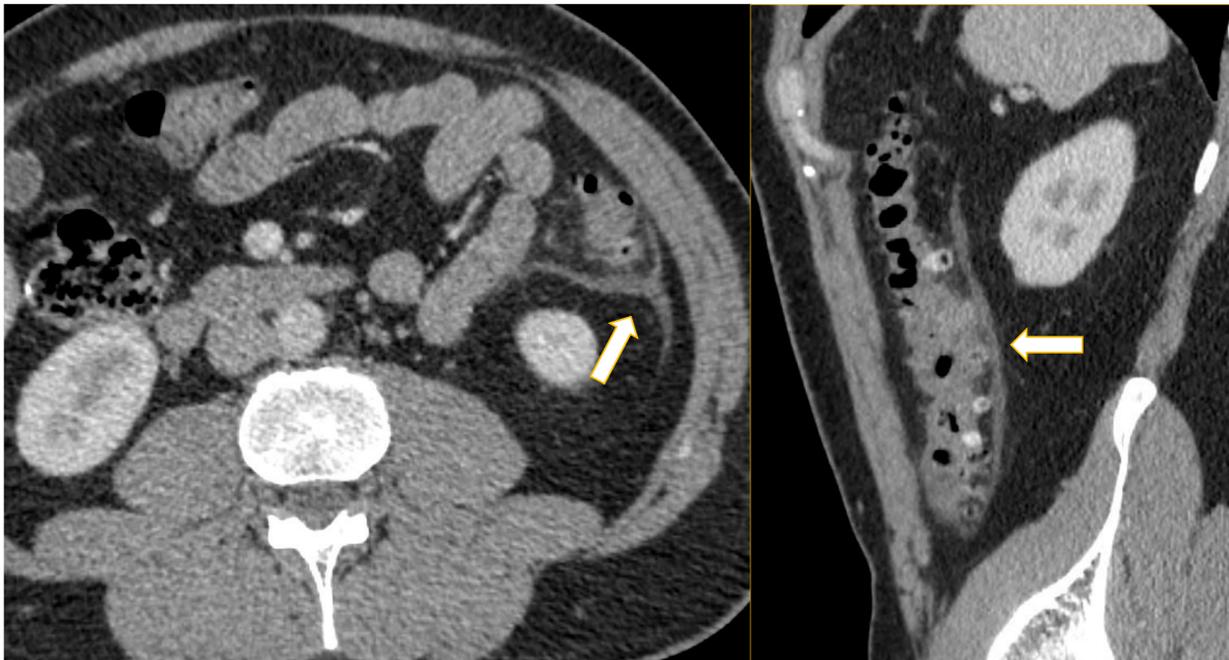


Figura 13. TC: Colon descendente con paredes ligeramente engrosadas y algún divertículo de localización posterior con signos inflamatorios locales, asocia engrosamiento de la fascia lateroconal izquierda con leve cantidad de **líquido** (flecha).

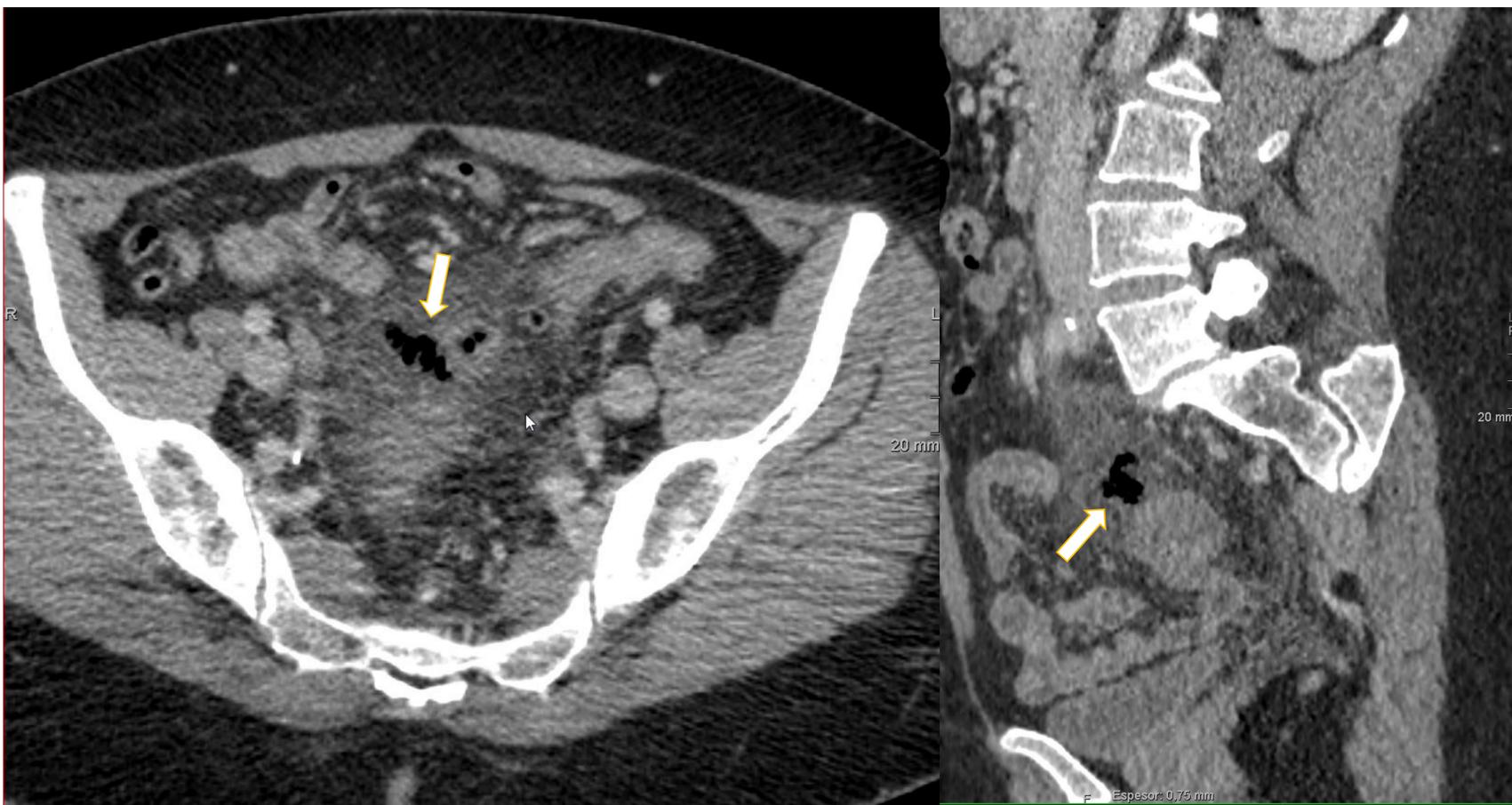


Figura 14. Presencia de burbujas de **gas pericólico** (flecha) a menos de 5 cm del segmento afecto.

WSES 1A:

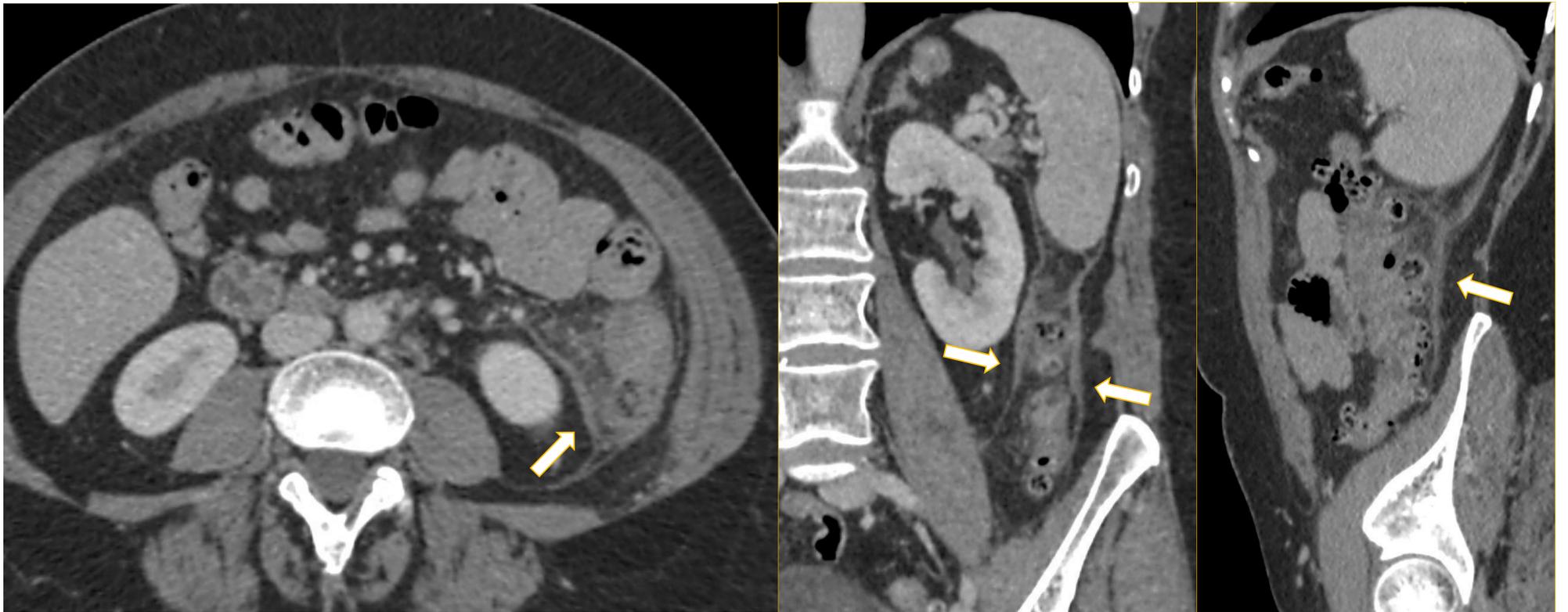


Figura 15. Afectación de un segmento largo de colon descendente que presenta múltiples divertículos con cambios inflamatorios, asocia **leve-moderada cantidad de líquido** en espacio pararenal anterior, fascia lateroconal izquierda (flechas) y en pelvis (no mostrado).

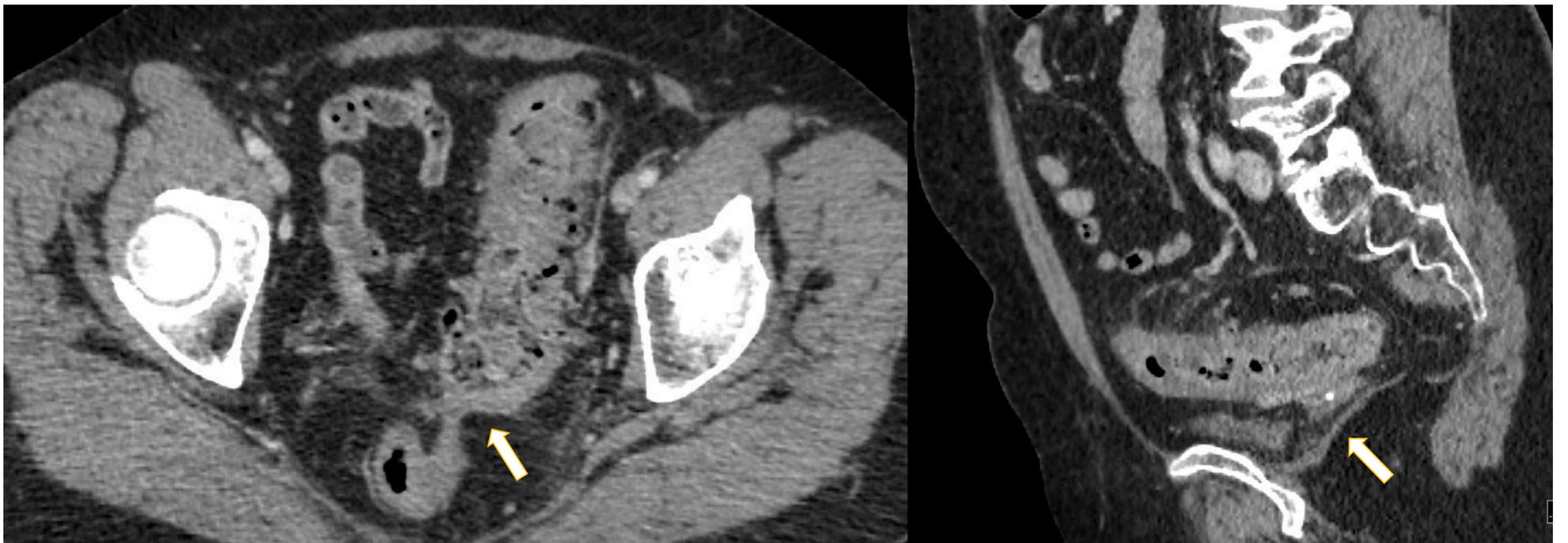


Figura 16. Divertículos en colon sigmoideos con cambios inflamatorios y leve cantidad de **líquido** locorregional (flecha).

WSES 1B:

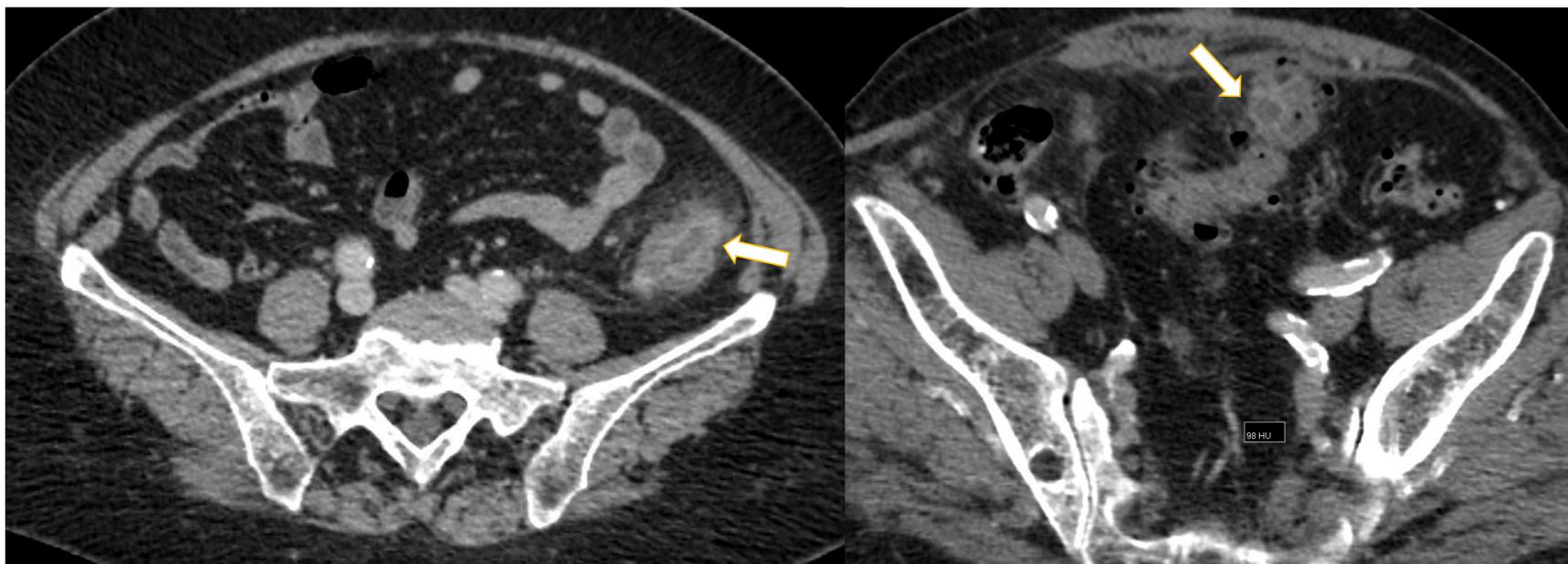


Figura 17. Dos casos diferentes en los que se observa imagen hipodensa con captación periférica en la pared del colon, en relación con pequeños abscesos parietales, ambos menores de 4cm.

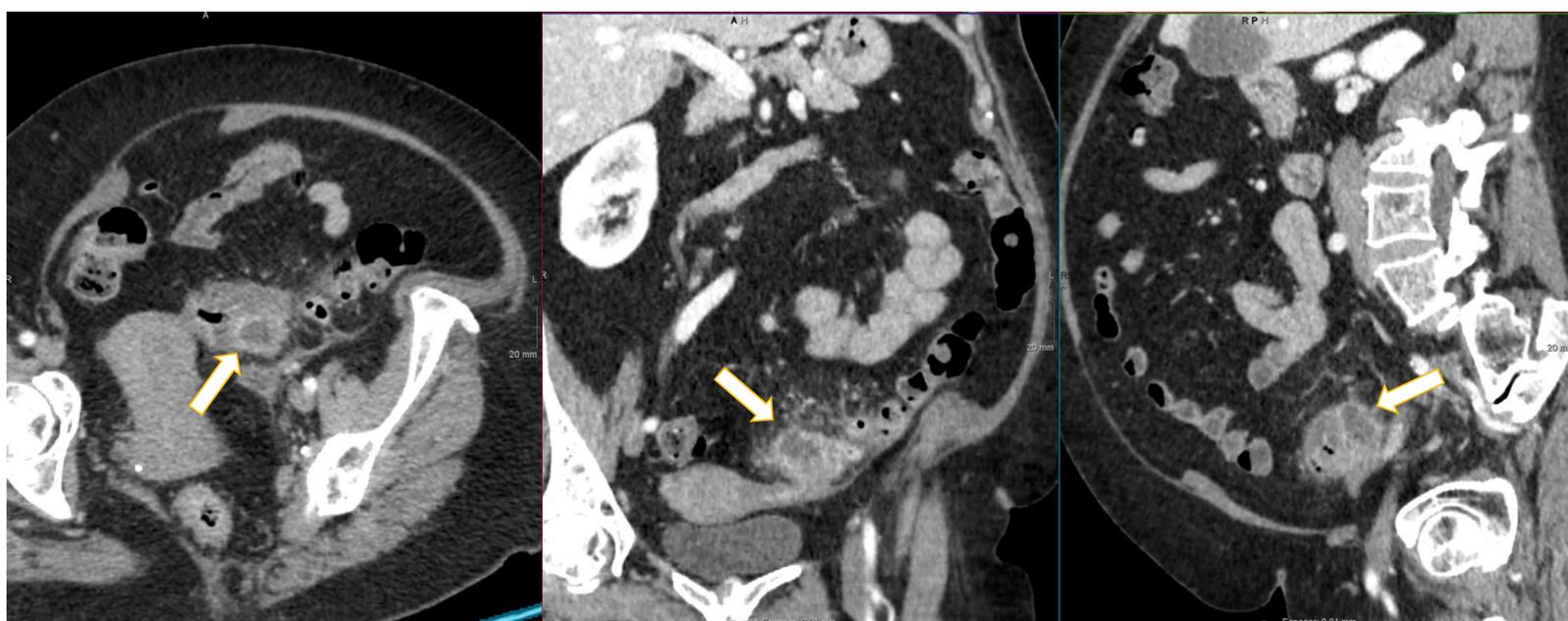


Figura 18. Reconstrucciones multiplanares que muestran absceso < 4 cm adyacente al colon sigmoides el cual se encuentra engrosado y asocia leve cantidad de liquido libre adyacente.

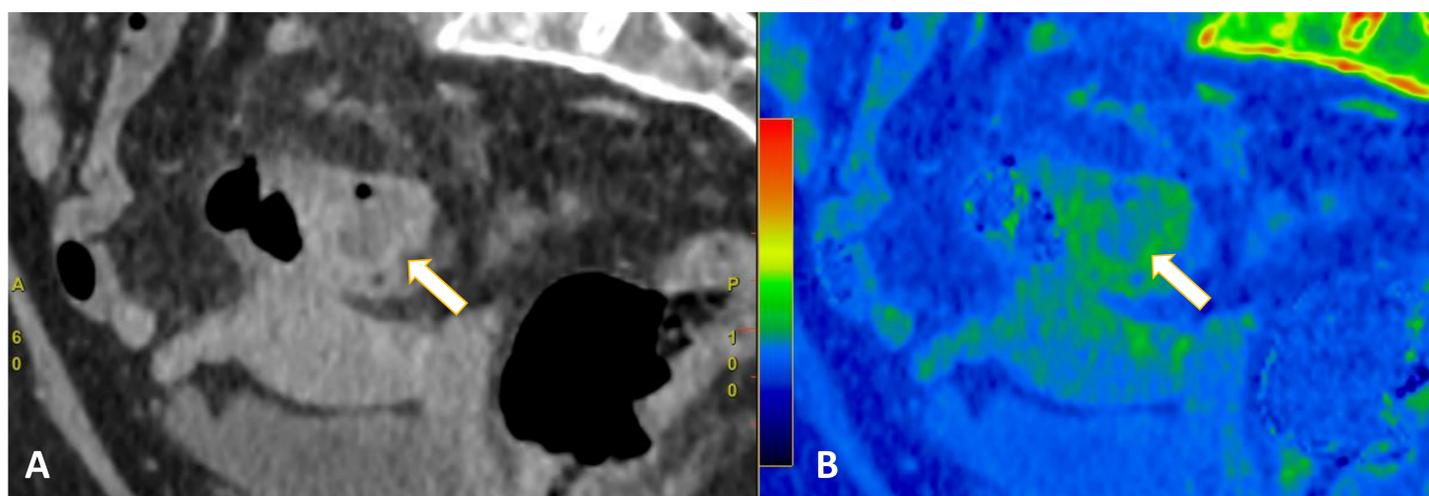


Figura 19. A. TC: Engrosamiento parietal de sigma con inflamatorios de la grasa peridiverticular, presenta imagen hipodensa de 15 mm en la pared y lengüetas de líquido libre. B. Mapa de yodo en imagen espectral: demuestra ausencia de captación compatible con pequeño absceso.

WSES 2A:

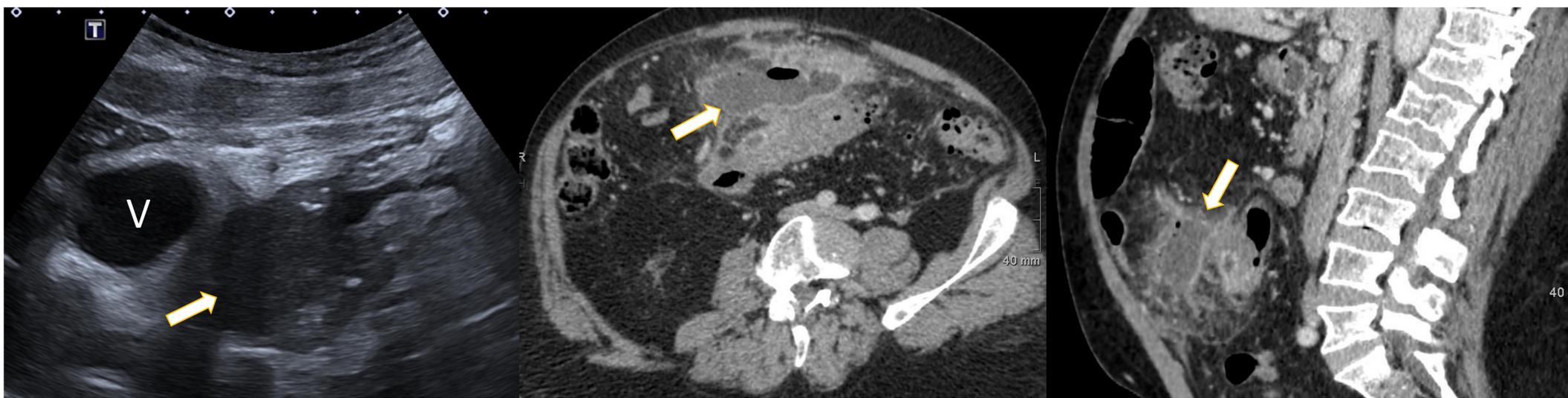


Figura 20. Engrosamiento mural de un segmento de colon sigmoides que presenta numerosos divertículos, algunos de ellos engrosados. Además, se objetiva a nivel hipogástrico en proximidad a la cúpula vesical (V), una **colección** de 7 x 6 x 4 cm (flecha), de bordes anfractuados con burbujas en su interior e hiperecogenicidad/hiperdensidad de la grasa adyacente. No se identifica neumoperitoneo libre.

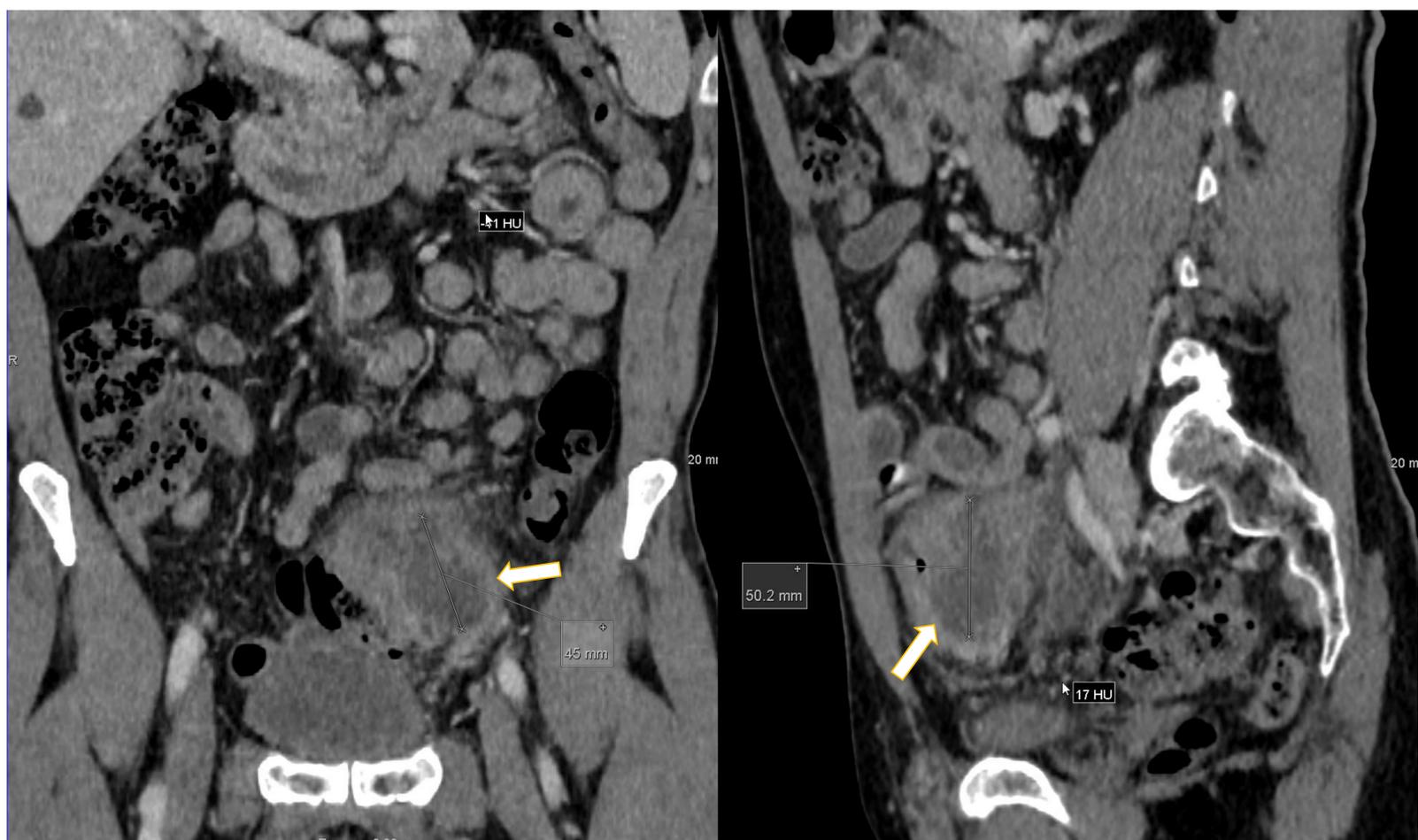


Figura 21. Adyacente al colon descendente distal existe una colección heterogénea de 5 cm con alguna burbuja de aire en su interior, mal delimitada y que presenta pared gruesa.

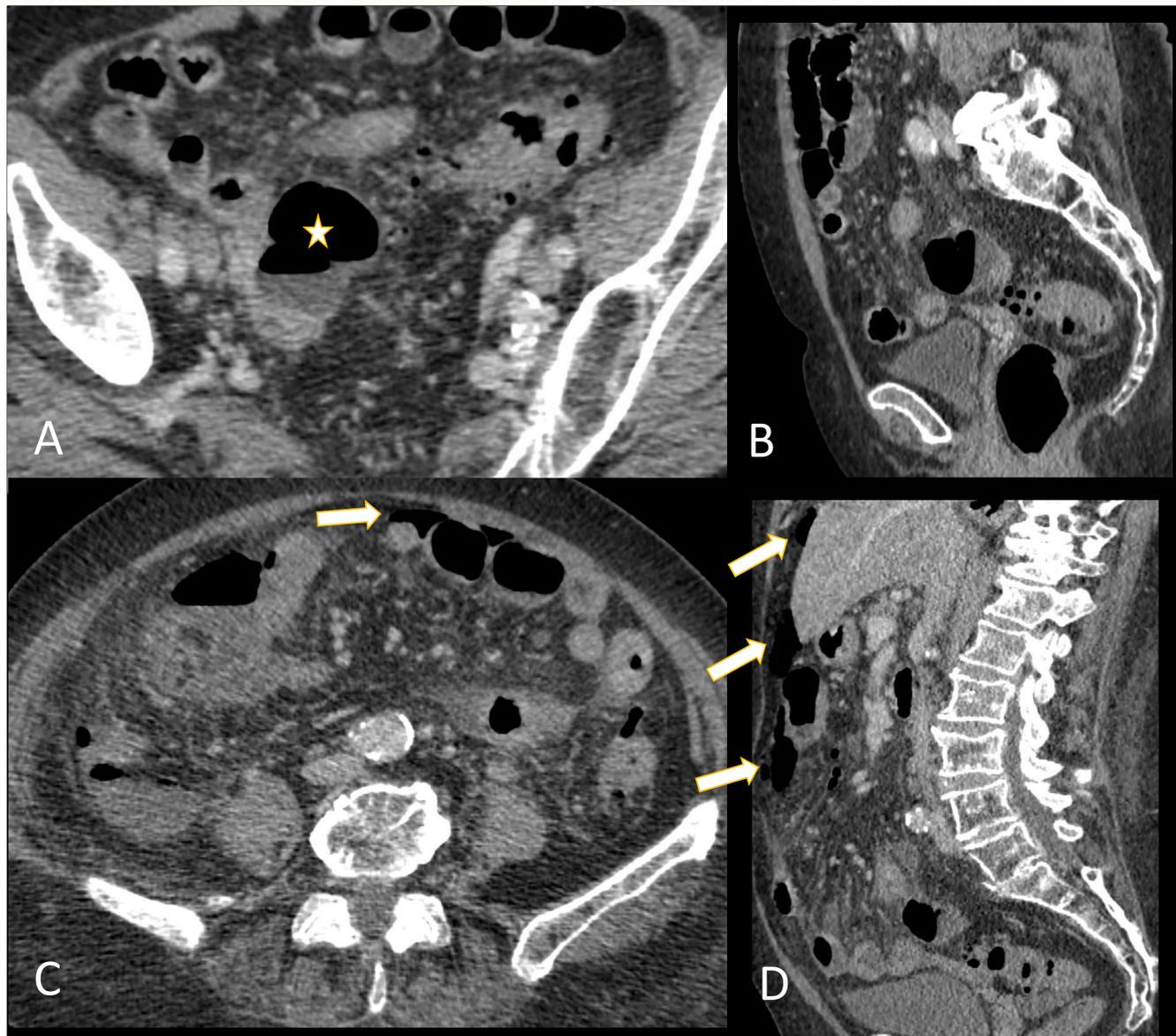


Figura 22. A y B. Colección predominantemente de gas de 4,5 x 4 cm (estrella), con cambios inflamatorios, presenta leve afectación del sigma adyacente y del íleon distal, el cual presenta engrosamiento parietal, **WSES 2A**. A los 3 días de ingreso se solicita nuevo TC (**C y D**) por mala evolución clínica, que muestra empeoramiento radiológico con neumoperitoneo libre a distancia (flecha) y moderada cantidad de líquido libre, compatible con estadio **WSES 4**. Informe QX: diverticulitis fecaloidea.

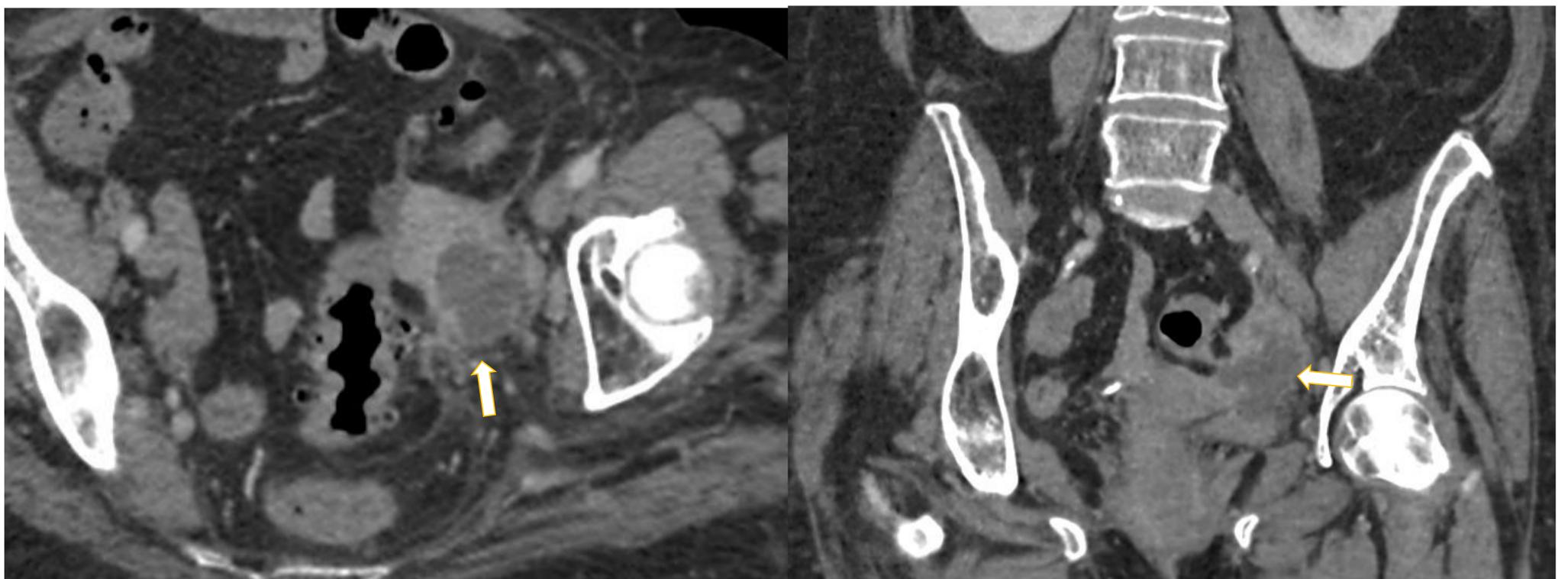


Figura 23: Engrosamiento de un segmento del colon sigmoides con múltiples divertículos y adyacente al mismo una colección en fosa ovarica de 4,8 x 4,4 cm. **WSES 2A**.

WSES 2B:

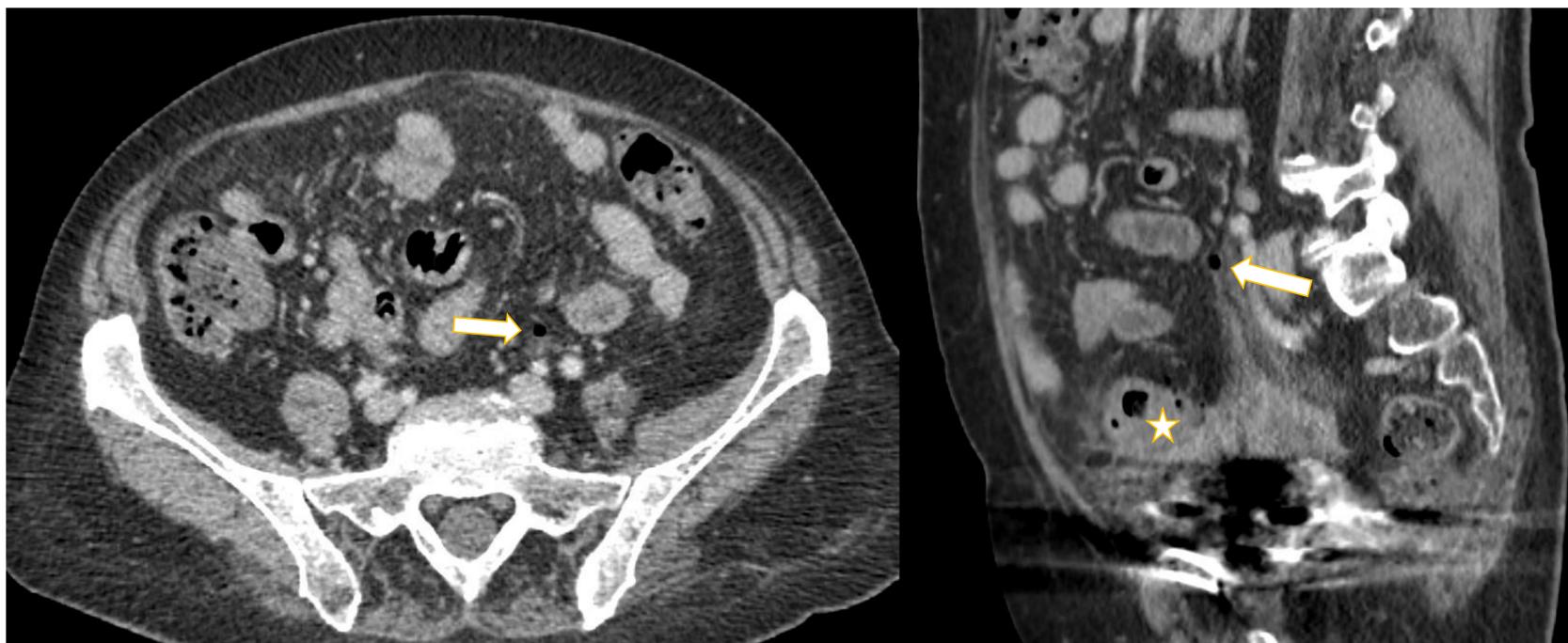


Figura 24. Cambios inflamatorios diverticulares y burbuja de gas próxima a bifurcación iliaca (flecha blanca) a mas de 5 cm del segmento de colon inflamado (estrella). Presentó buena evolución clínica y radiológica en TC control.

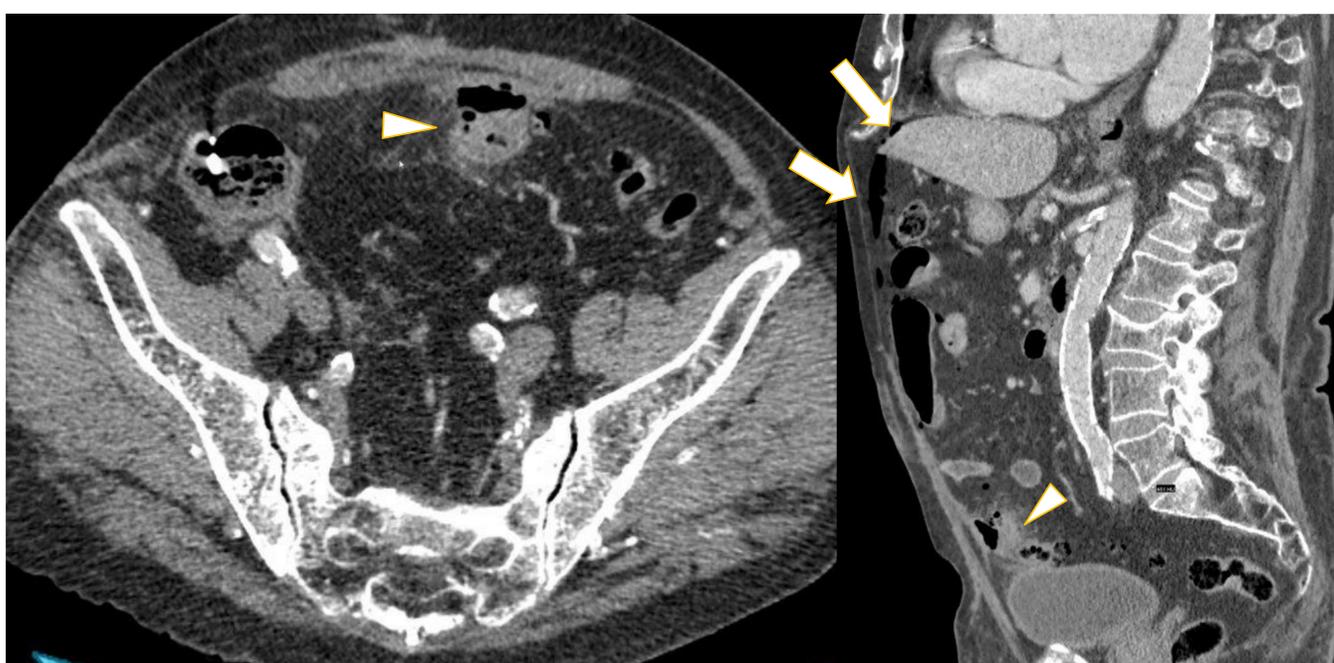


Figura 25. Cambios inflamatorios peridiverticulares en colon sigmoides (cabeza de flecha) con neumoperitoneo focal y a distancia de localización perihepática (flecha).

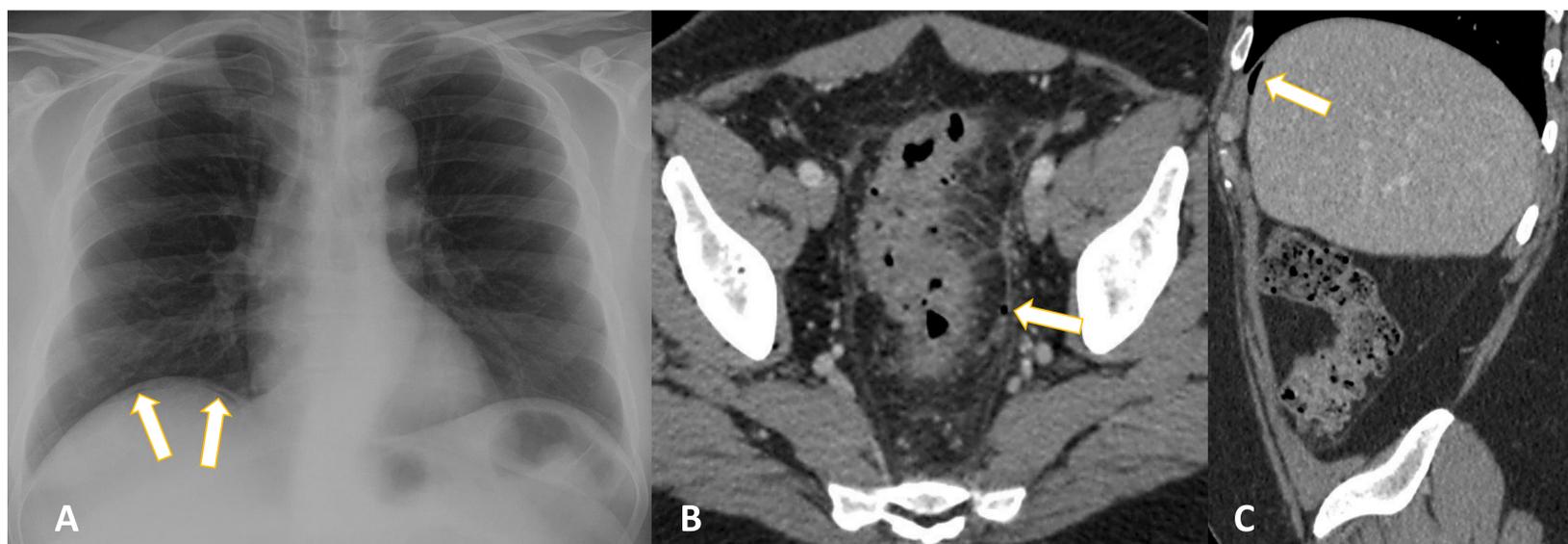


Figura 26. A: RX de tórax: neumoperitoneo. B y C: TC: colon sigmoides con divertículos con cambios inflamatorios y neumoperitoneo en la proximidad y a distancia.

WSES 3:

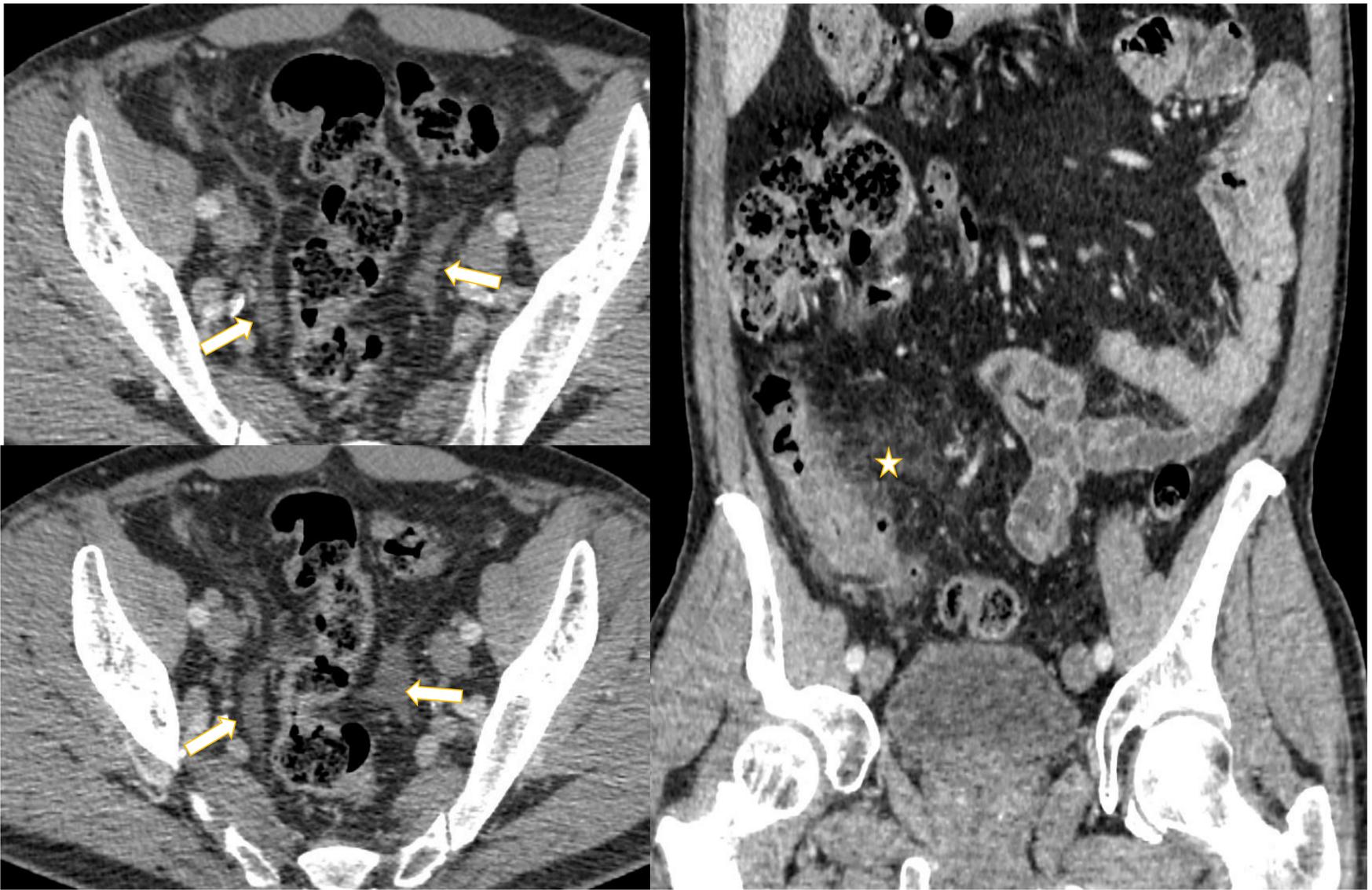


Figura 27. En fosa ilíaca derecha se identifica sigma (redundante) de pared engrosada, con varios divertículos y cambios inflamatorios en mesocolon (estrella), asocia leve-moderada cantidad de liquido libre en pelvis (flecha).

WSES 4:

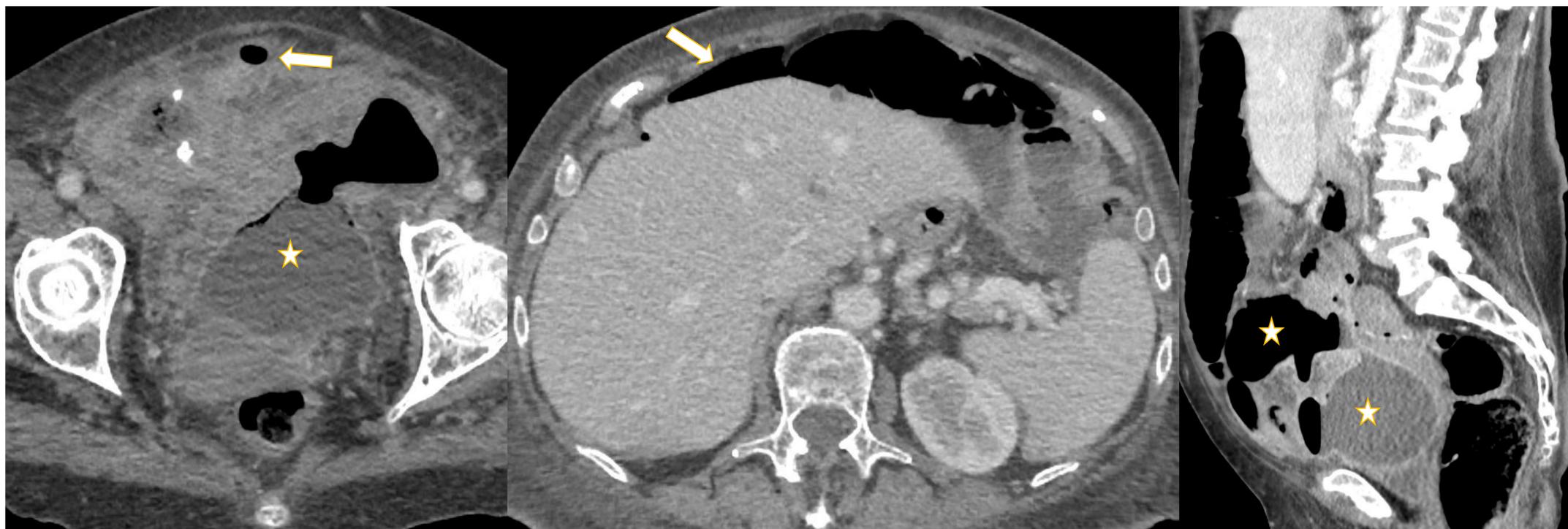


Figura 28. Gran colección hidroaérea (estrella) en pelvis menor con significativos cambios inflamatorios locorreionales, engrosamiento extenso de colon sigmoides y descendente (no mostrado) y neumoperitoneo difuso (flecha)

WSES 4:

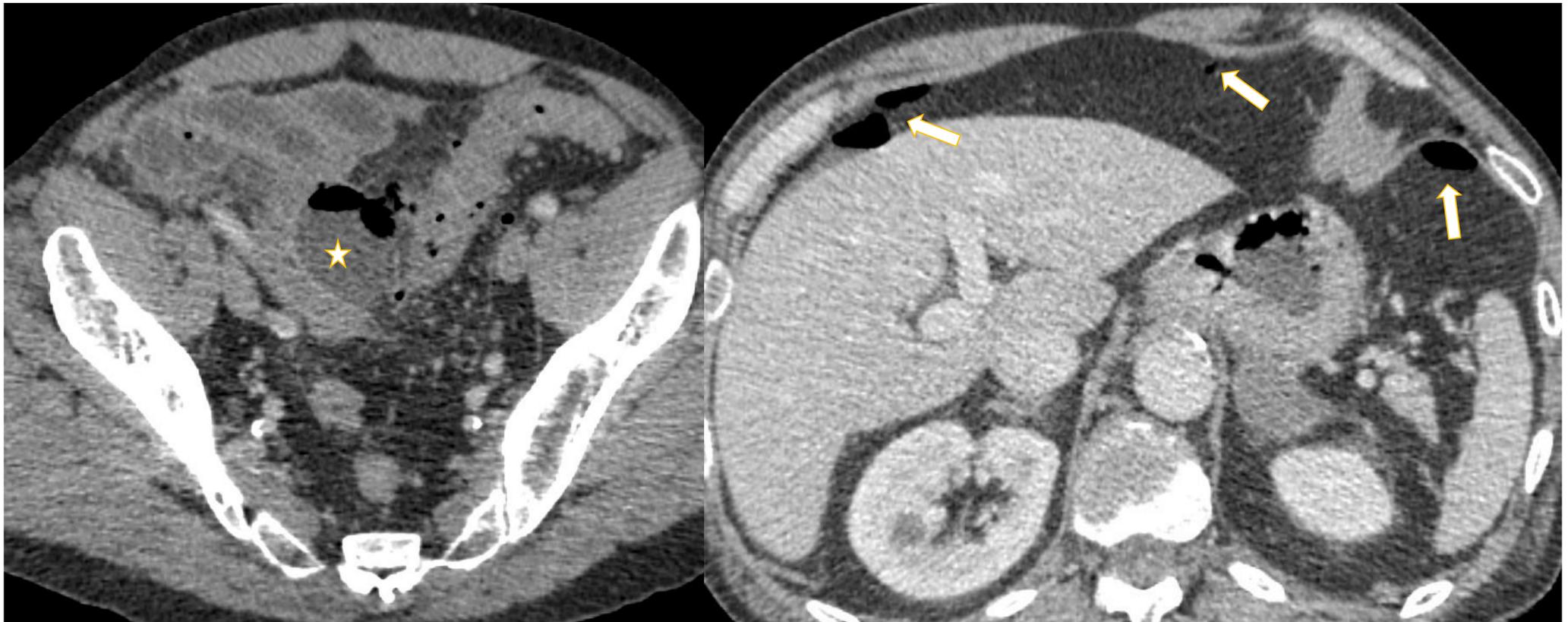


Figura 29. Colon sigmoidees con divertículos y cambios inflamatorios locorreregionales, colección adyacente (estrella) y neumoperitoneo (flecha).

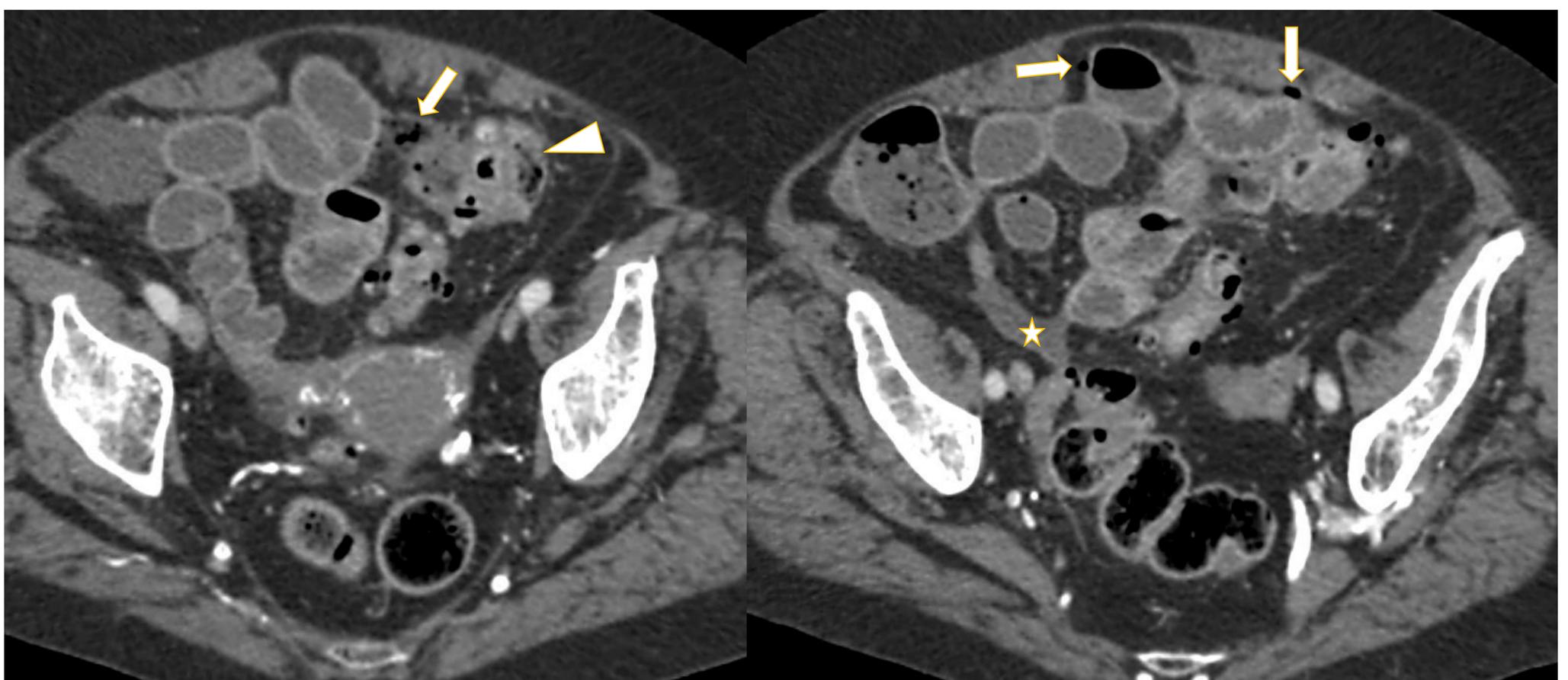


Figura 30. Engrosamiento significativo de colon sigmoidees con múltiples divertículos (cabeza de flecha), presenta burbujas de neumoperitoneo pericólico (flecha) y leve cantidad de líquido libre en pelvis (estrella)

Tratamiento

Inmunocomprometidos:

- Riesgo aumentado de DA complicada.
- Alta tasa de recurrencia y de fracaso en el tratamiento no quirúrgico.
- Mayoría requerirán intervención quirúrgica urgente.

WSES 0

- Terapia antibiótica **(AB)** **no es necesaria** en DA no complicada y debería ser reservada para la DA complicada.
- Se recomienda AB si manifestaciones sistémicas de infección o pacientes de alto riesgo (inmunodeprimidos, ancianos o comorbilidades).

Sin comorbilidades significativas + tolerancia V.O:

- Si empeoramiento:

Tratamiento sintomático ambulatorio y reevaluar dentro de los 7 días siguientes.

- Comorbilidades significativas + intolerancia vía oral (V.O):

WSES 1A y 1B

Tratamiento AB:

- V.O siempre que sea posible
- Cambio precoz de I.V a V.O

- Se recomienda AB en pacientes con gas extraluminal pericólico (<5cm).
- Se sugiere una prueba inicial de tratamiento no quirúrgico, solo AB, en absceso diverticular pequeño (< 4 a 5 cm).

WSES 2A

Abscesos grandes → Drenaje percutáneo **(DP) + AB.**

DP no factible/no disponible:

Inicialmente AB solo (si condición clínica lo permite), alternativamente se requiere una intervención quirúrgica (QX).

Mejoría clínica adecuada:

Puede retirarse cuando la secreción haya cesado o disminuido sustancialmente.

Casos dudosos: puede realizarse un TC con contraste hidrosoluble a través del catéter previo a retirar el drenaje.

Ninguna cavidad identificable: Retirar catéter.

No resolución y no mejoría clínica: Valorar nuevo drenaje o reposicionamiento del catéter.



Podría ser necesaria una intervención quirúrgica

El **absceso localizado** en el colon es una **presentación** poco común, pero posible, de una **neoplasia maligna de colon oculta** y puede simular una enfermedad diverticular complicada.

Riesgo de malignidad después de una diverticulitis no complicada comprobada por TC es bajo y, en ausencia de otras indicaciones, la colonoscopia de rutina puede no ser necesaria.

En pacientes con abscesos diverticulares tratados de forma conservadora:

Evaluación colónica temprana (4 a 6 semanas).

DA no complicada comprobada por TC tratados de forma no quirúrgica:

No recomienda la evaluación colónica de rutina.

WSES 2B

Se sugiere tratamiento no quirúrgico en pacientes seleccionados sólo si se puede realizar un seguimiento estrecho.

Tasa de fracaso significativa y es obligatorio un cuidadoso seguimiento clínico y mediante TC.

TX no QX puede ser factible: en pacientes **hemodinámicamente estables + gas pericólico extraluminal/pequeña cantidad de gas intraperitoneal a distancia + ausencia de peritonitis difusa clínica o líquido en la fosa de Douglas.**

*Gran cantidad de gas intra o retroperitoneal distante en ausencia de peritonitis generalizada clínica, presenta alto fracaso del tratamiento no quirúrgico (60%).

Tratamiento quirúrgico (QX):

- **Resección quirúrgica + anastomosis** (con o sin estoma de protección) en pacientes estables sin comorbilidades.
- **Procedimiento de Hartmann (PH)** en pacientes inestables o con múltiples comorbilidades.

WSES 3 y 4.

El **lavado + drenaje laparoscópico** puede ser una alternativa aceptable en pacientes seleccionados; sin embargo, no puede considerarse el tratamiento de primera línea en pacientes con peritonitis diverticular.

Peritonitis difusa en pacientes críticos y en pacientes con múltiples comorbilidades:

Se recomienda **(PH) como elección:**
Técnica segura para la colectomía de emergencia en la peritonitis diverticular.

Clínicamente estables + no comorbilidades:

Se recomienda **resección primaria con anastomosis** (con o sin estoma de protección).

En DA la sigmoidectomía laparoscópica se había limitado al ámbito electivo, sin embargo, es factible en pacientes con peritonitis fisiológicamente estables.

Sigmoidectomía laparoscópica de emergencia solo si se dispone de habilidades y equipos técnicos.

Cirugía de control de daños con laparotomías por etapas en pacientes críticamente enfermos que no pueden soportar una cirugía mayor. Favorece potencialmente la anastomosis primaria y evita realización de un estoma.

1. Cirugía inicial para control de la fuente: Cierre primario de la perforación/resección local del intestino afecto.
2. Optimización fisiológica en unidad de cuidados intensivos (UCI).
3. Cirugía de segunda revisión para restaurar la continuidad intestinal.

Resección electiva en casos de DA tratada de forma no quirúrgica.

Evaluar los factores relacionados con el paciente y no el número de episodios previos de DA:

- No se acepta la indicación de colectomía electiva después de 2 episodios de DA.
- **Individualizar**: valorar riesgo de DA recurrente, la morbilidad de la cirugía, los síntomas persistentes, la complejidad de la enfermedad y el riesgo operatorio.
- Después de un episodio de DACI tratado de forma conservadora, se sugiere **resección sigmoidea electiva en pacientes de alto riesgo** (como inmunocomprometidos).

Algunos factores asociados con la recurrencia de DA son modificables

Reducción de peso y abandono del hábito tabáquico.

Terapia antibiótica óptima para pacientes con peritonitis difusa por perforación diverticular.

- Régimen antibiótico diseñado empíricamente en función de la condición clínica, los patógenos que se presume están involucrados y los factores de riesgo para los principales patrones de resistencia a los antimicrobianos.
- Sugerimos un período de **4 días de terapia antibiótica posoperatoria** en DACI complicada si el control de la fuente ha sido adecuado.
- Signos de **sepsis después de 5-7 días de tratamiento** antibiótico adecuado justifican una **investigación diagnóstica intensiva** en busca de un reservorio de infección.

Diverticulitis aguda del colon derecho (DACD)

- **Hombres** de **mediana edad** y su incidencia no aumenta con la edad. En algunas regiones del mundo (orientales), la DACD es mas frecuente que DACI.
- Divertículo suele ser **solitario**, baja tasa de DA complicada y requerimiento de cirugía.
- Difícil distinguir de apendicitis aguda.

TC: mejor modalidad de imagen.

Ecografía:

- Más económica y no implica radiación (pacientes más jóvenes).
 - Proporciona información clara para realizar un diagnóstico preoperatorio correcto.
 - Los estudios ecográficos ambiguos pueden complementarse con TC con contraste.
- Engrosamiento de la pared diverticular.
 - Grasa ecogénica circundante .
 - Material ecogénico intradiverticular.

Tratamiento:

- Métodos no quirúrgicos en casos sin peritonitis difusa.
- Es difícil diferenciar los casos benignos y malignos preoperatoriamente.
- La resección del colon inflamado con anastomosis primaria se puede realizar mediante laparoscopia en centros experimentados.

Conclusiones

1. En la DA el **colon sigmoide** suele ser el segmento del colon afectado con **mayor frecuencia**, mientras que la DACD es mucho más rara.
2. El **diagnostico** requiere la **realización de una prueba radiológica**, asimismo existen hallazgos en las técnicas de imagen en las DACI complicadas que **se correlacionan con la situación clínica y la estancia hospitalaria**.
3. Actualmente, no existe evidencia suficiente que demuestre cuál es la **técnica más adecuada para el diagnóstico** de la DACI y no parece existir diferencias estadísticas significativas entre ecografía y TC.
4. Algunas directrices sugieren la ecografía como la prueba inicial y reservan la TC para los casos no concluyentes, mientras que otras recomiendan la TC como la prueba de elección. Recomendamos que esta decisión se tome de **manera consensuada, considerando las preferencias y la experiencia de cada centro**.
5. Es importante tener en cuenta que la ecografía ha demostrado su utilidad como primera prueba diagnóstica, especialmente en casos de sospecha de DA no complicada. Además, se debe considerar un enfoque escalonado, realizando una TC después de una ecografía no concluyente o negativa.

Conclusiones

6. Ninguna clasificación de TC es superior a otra como herramienta diagnóstica de la DA y **cada centro debe elegir su clasificación preferida**, así como, acostumbrarse a **utilizarla en los informes radiológicos**.
7. Las nuevas directrices en el abordaje de la diverticulitis aguda de la **WSES**, incluye una clasificación que **relaciona los hallazgos en TC con una guía de actuación** según éstos, lo que ayuda al manejo de la DA en la **práctica clínica diaria**.
8. Es crucial tener presente que todos los estadios radiológicos hay que **asociarlos con criterios clínicos y las comorbilidades** de los pacientes, lo que permite **evaluar de forma integral** la afectación sistémica.
9. Debería desarrollarse un sistema de clasificación consensuado, que incluya todos los hallazgos de imagen, establezca factores pronósticos y sirva como guía para el manejo terapéutico.

Bibliografía

1. Fluxá Daniela, Quera Rodrigo. Enfermedad diverticular: mitos y realidades. Rev. méd. Chile [Internet]. 2017 Feb [citado 2024 Mar 24] ; 145(2): 201-208. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000200009&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000200009>
2. Carloni A, Sage E, Roudié J, Balzarotti R, Maitre S, Sbai-Idrissi M, et al. Right colonic diverticulitis: An uncommon disease in western countries. Acta Chir Belg [Internet]. 2010;110(1):57–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20306911/>
3. Humes DJ, Spiller RC. Review article: the pathogenesis and management of acute colonic diverticulitis. Aliment Pharmacol Ther [Internet]. 2014;39(4):359–70. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24387341/>
4. 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. World J Emerg Surg [Internet]. 2020;15(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13017-020-00313-4>
5. Schultz JK, Azhar N, Binda GA, Barbara G, Biondo S, Boermeester MA, et al. European Society of Coloproctology: guidelines for the management of diverticular disease of the colon. Colorectal Dis [Internet]. 2020;22(S2):5–28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/codi.15140>
6. Roson Gradaille N, Narbona Díez A, Garriga Farriol MV, Pruna Comella X, Pedraza Gutiérrez S, López Cano M, et al. Categorización de la diverticulitis aguda de colon izquierdo mediante ecografía y tomografía computarizada. Valor de las clasificaciones de gravedad disponibles. Radiologia [Internet]. 2023;65(1):32–42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rx.2020.12.007>
7. Macía-Suárez D. ¿Es útil la ecografía como primera prueba diagnóstica en la sospecha de diverticulitis aguda? Radiologia [Internet]. 2019;61(6):506–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rx.2019.05.007>
8. Mora Lopez L, Serra Pla S, Serra-Aracil X, Ballesteros E, Navarro S. Application of a modified Neff classification to patients with uncomplicated diverticulitis. Colorectal Dis [Internet]. 2013;15(11):1442–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/codi.12449>
9. Mora López L, Flores Clotet R, Serra Aracil X, Montes Ortega N, Navarro Soto S. The use of the modified Neff classification in the management of acute diverticulitis. Rev Esp Enferm Dig [Internet]. 2017;109(5):328–34. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082017000500003