

# Diverticulitis aguda: Diagnóstico y estadificación.

*Acute diverticulitis: Diagnosis and classification.*

Valdés Hernández J, Alpizar Rivas O, Pérez Sánchez A, Cano Matías A, Cintas Catena J, Gómez Rosado JC

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

## RESUMEN

La diverticulitis aguda (DA) es una causa frecuente de abdomen agudo. La clínica y los resultados analíticos son importantes en la sospecha diagnóstica, pero en la actualidad, el apoyo en las pruebas de imagen es necesario, no solo para el diagnóstico sino también para su clasificación. Estas han evolucionado a lo largo del tiempo para adaptarse a las prácticas actuales.

**Palabras clave:** diverticulosis, Diverticulitis aguda, Hinchey, WSES.

## CORRESPONDENCIA

Javier Valdés Hernández  
Hospital Universitario Virgen Macarena  
41009 Sevilla  
[valdeshernandez@hotmail.com](mailto:valdeshernandez@hotmail.com)

XREF

Fecha de recepción: 21-09-21

Fecha de aceptación: 23-09-21

## ABSTRACT

Acute diverticulitis is a common cause of an acute abdomen. The Symptoms and the laboratory test are important in suspecting the illness, but nowadays, imaging tests are necessary, not only for the diagnosis but for the classification. The classifications have evolved to adapt to current practices.

**Keywords:** diverticulosis, Acute diverticulitis, Hinchey, WSES.

## INTRODUCCIÓN

La diverticulitis aguda es una causa frecuente de consulta por dolor abdominal en los servicios de urgencias, y se puede presentar hasta en un 15% de los pacientes con el diagnóstico de diverticulosis. Las posibles manifestaciones clínicas son amplias y dependen de su gravedad.

## CITA ESTE TRABAJO

Valdés Hernández J, Alpizar Rivas O, Pérez Sánchez A, Cano Matías A, Cintas Catena J, Gómez Rosado JC. Diverticulitis aguda: Diagnóstico y estadificación. Cir Andal. 2021;32(4):460-62. DOI: 10.37351/2021324.5.

Por lo general, se presenta en personas mayores de 50 años, con historia de dolor abdominal en hipogastrio o en fosa iliaca izquierda, peritonismo y signos de respuesta inflamatoria sistémica<sup>1</sup>.

A la hora de realizar el diagnóstico de DA se han propuesto los criterios clínico-analíticos más sugestivos para el diagnóstico: peritonismo localizado en el cuadrante inferior izquierdo, una PCR (Proteína C Reactiva) >50 mg/L<sup>2</sup> y ausencia de historia de vómitos, sin embargo, estas manifestaciones en conjunto no se presentan en más de un cuarto del total de pacientes diagnosticados por lo que puede resultar difícil basar el diagnóstico, y más aún, las posibles opciones terapéuticas según dichos hallazgos<sup>3</sup>.

Además, esta patología suele presentarse con otras alteraciones como cambios en el hábito intestinal (diarrea o estreñimiento) que podrían sugerir otros diagnósticos.

Otros datos clínicos de utilidad son: la semiología del dolor, la edad del paciente y la historia de episodios previos.

Sin embargo, basar el diagnóstico de DA en estas manifestaciones clínicas puede resultar insuficiente por lo que es preciso buscar otros métodos que ayuden a aumentar la fiabilidad del diagnóstico<sup>5</sup>.

La alteración en el valor de la Proteína C Reactiva (PCR) puede ser de ayuda a la hora de realizar el diagnóstico de la DA, pero no tiene por sí sola un rol diagnóstico, ya que el valor de dicha PCR algunas horas en elevarse (6-8h) pudiendo alcanzar la máxima elevación hasta 48h tras el inicio del proceso inflamatorio, por lo que basar el diagnóstico, así como la severidad del cuadro únicamente en la sintomatología y el valor de los reactantes de fase aguda puede resultar insuficiente, si bien puede ser de gran ayuda, no solo a la monitorización del paciente sino también a discriminar entre los casos moderados y severos (punto de corte 175 mg/L para un VPN del 92%). Su valor elevado es una variable independiente predictor de la mortalidad post operatoria<sup>2</sup>.

La realización de una prueba de imagen es fundamental a la hora de realizar el diagnóstico de DA.

La TAC con contraste es la prueba de elección en la mayoría de guías clínicas, no solo para asegurar el diagnóstico, sino para realizar la estadificación del cuadro agudo, por lo que, en la actualidad, se recomienda la realización de una TC siempre que exista sospecha, ya que aumenta la capacidad diagnóstica, (el valor predictivo positivo aumenta al 95%), determina el grado de severidad y ayuda a la toma de decisiones en cuanto al manejo. Por estas razones, se considera el patrón oro en cuanto a las pruebas diagnósticas<sup>4-6</sup>.

La ultrasonografía puede ser también de gran utilidad en el diagnóstico de la DA especialmente si es realizada por un radiólogo con experiencia previa en dicho diagnóstico, pudiendo, además, ser el paso previo a la realización de una TAC (Step Up) tras la realización de una Ecografía no concluyente o negativa (Figura 1).

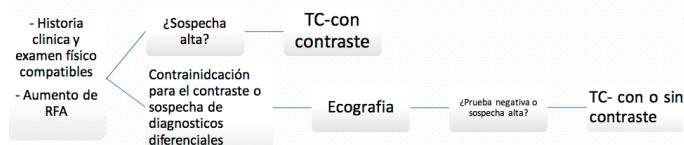


Figura 1

Diagrama diagnóstico de la DA. (RFA: Reactantes de Fase Aguda).

## CLASIFICACIÓN DE LA DIVERTICULITIS AGUDA:

Existen varias clasificaciones diagnósticas para la diverticulitis aguda.

La clasificación de Hinchey 7 (Tabla 1) ha sido, y sigue siendo, una de las más utilizadas, ya que permite realizar una clasificación bastante exacta del cuadro, ya sea una DA no complicada o complicada, así como la presencia de una DA perforada ya sea purulenta o fecaloidea. Sin embargo, uno de los inconvenientes de esta clasificación es el hecho de que dichos hallazgos se basan principalmente en hallazgos intraoperatorios, por lo que podría no ser de tanta utilidad a la hora de realizar o valorar las distintas alternativas terapéuticas previas a una posible intervención quirúrgica.

Tabla 1. Clasificación de Hinchey modificada.

- O- Engrosamiento de pared colónica.
- IA- Cambios confinados al tejido pericólico.
- IB- Absceso pericólico o mesocólico.
- II-Absceso a distancia.
- III- Peritonitis purulenta.
- IV-Peritonitis fecal.

Es por ello que han aparecido nuevas clasificaciones para la DA como puede ser la clasificación de la Sociedad Alemana de Cirugía 8 o la clasificación de la World Society of Emergency Surgery (WSES) (Tabla 2) 2 con el objetivo de adaptar dichas clasificaciones a las necesidades actuales y de guiar al clínico en la toma de decisiones.

Tabla 2. Clasificación de la WSES 2015 para la DA del colon izquierdo.

### No Complicada

- 0- Divertículo con engrosamiento de la pared y aumento de la densidad del mesocolon

### Complicada

- 1A- Burbujas de aire o líquido libre pericólico.
- 1B- Absceso ≤ 4cm.
- 2A- Absceso < 4cm.
- 2B-Aire libre a más de 5cm del segmento afectado.
- 3- Líquido libre sin neumoperitoneo.
- 4- Líquido libre con neumoperitoneo.

Las guías de la WSES permiten filiar con bastante exactitud el cuadro clínico urgente y sientan las bases del posible tratamiento médico-quirúrgico posterior, por lo que es la clasificación de elección en nuestra práctica clínica habitual<sup>2</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Parks TG. Natural history of diverticular disease of the colon. A review of 521 cases. *Br Med J* 1969; 4:63.
2. Massimo Sartelli , Dieter G. Weber, Yoram Kluger, Luca Ansaloni, Federico Coccolini, Fikri Abu Zidan, Goran Augustin, Offir Ben-Ishay, Walter L. Biffi, Konstantinos Bouliaris, Rodolfo Catena, Marco Ceresoli, Osvaldo Chiara, Massimo Chiarugi, Raul Coimbra, Francesco Cortes, Yunfeng Cui, Dimitris Damaskos, Gian Luigi de' Angelis, Samir Delibegovic, Zaza Demetrashvili, Belinda De Simone, Francesco Di Marzo, Salomone Di Saverio, Therese M. Duane, Mario Paulo Faro, Gustavo P. Fraga, George Gkiokas, Carlos Augusto Gomes, Timothy C. Hardcastle, Andreas Hecker, Aleksandar Karamarkovic, Jeffry Kashuk, Vladimir Khokha, Andrew W. Kirkpatrick, Kenneth Y. Y. Kok, Kenji Inaba, Arda Isik, Francesco M. Labricciosa, Rifat Latifi, Ari Leppäniemi, Andrey Litvin, John E. Mazuski, Ronald V. Maier, Sanjay Marwah, Michael McFarlane, Ernest E. Moore, Frederick A. Moore, Ionut Negoii, Leonardo Pagani, Kemal Rasa, Ines Rubio-Perez, Boris Sakakushev, Norio Sato, Gabriele Sganga, Walter Siquini, Antonio Tarasconi, Matti Tolonen, Jan Ulrych, Sannop K. Zachariah and Fausto Catena. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. *World Journal of Emergency Surgery*, 15(1), 32.
3. Kechagias A, Rautio T, Kechagias G, Mäkelä J. The role of C-reactive protein in the prediction of the clinical severity of acute diverticulitis. *Am Surg*. 2014;80:391-5.
4. Jason Hall, Karin Hardiman, Sang Lee, Amy Lightner, Luca Stocchi, Ian M. Paquette, Scott R. Steele, Daniel L. Feingold. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Left-Sided Colonic Diverticulitis 2020. *Dis Colon Rectum* 2020; 63: 728-747.
5. Toorenvliet BR, Bakker RF, Breslau PJ, Merkus JW, Hamming JF. Colonic diverticulitis: a prospective analysis of diagnostic accuracy and clinical decision-making. *Color Dis*. 2010;12:179-86.
6. Laméris W, van Randen A, van Gulik TM, Busch OR, Winkelhagen J, Bossuyt PM, et al. A clinical decision rule to establish the diagnosis of acute diverticulitis at the emergency department. *Dis Colon Rectum*. 2010;53:896- 904.
7. Kaiser AM, Jiang JK, Lake JP. The management of complicated diverticulitis and the role of computed tomography. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 910-7.
8. Hansen O, Graupe F, Stock W. Prognostic factors in perforating diverticulitis of the large intestine. *Chirurg* 1998; 69: 443-9.