

6.7. DIVERTICULITIS AGUDA

Manuel Ruiz López¹, José M Aranda Narvaez¹, Francisco León Díaz¹, Lucia Valiente De Santis², Pilar España Contreras³ y Antonio Martín Paez⁴.

Servicio de Cirugía General y Digestiva¹, Servicio de Enfermedades Infecciosas², Servicio de Digestivo³ y Servicio de Urgencias⁴.

Definiciones:

- **Diverticulosis.** Presencia de divertículos.
- **Diverticulitis aguda.** Inflamación local de uno o más divertículos.
- **Diverticulitis complicada.** Perforación, oclusión, absceso o fístula.

Diagnóstico.

- Clínica compatible: dolor en fosa ilíaca izquierda con o sin fiebre, con o sin alteración del tránsito.
- La exploración abdominal variará en función del cuadro desde dolor a la palpación, sensación de masa, peritonismo local o generalizado.
- Pruebas complementarias:
 - Analítica: parámetros de respuesta inflamatoria(leucocitosis, elevación PCR, trombocitosis...)
 - Radiología: Rx tórax y abdomen. Para valorar neumoperitoneo y oclusión y/o TC abdomen. Para estadiar el cuadro.
 - Colonoscopia. De forma ambulatoria tras 6 a 8 semanas del cuadro agudo.

Etiología		Tratamiento empírico	Otras medidas
Diverticulitis Aguda no complicada con criterios de tratamiento ambulatorio* (inflamación local de divertículos)		Elección: • Amox-clav 875/125 mg/8h/vo* o • Cefuroxima 500 mg/12h/vo* + Metronidazol 500 mg/8h/vo*	• Alta con dieta baja en residuos durante 15 días. • Omeprazol 20mg/24h • Analgesia con Ibuprofeno 400 mg/8h • Revisión Consulta de Cirugía en 3 días tras el alta.
	Enterobacterias (<i>E. coli</i>)	Riesgo de BLEE¹: • Ertapenem 1 g/24h/iv ó im Alternativa o alérgicos • Ciprofloxacino 750 mg/12h/vo + Metronidazol 500 mg/8h/vo Duración tratamiento: 7 días	
Diverticulitis Aguda complicada (inflamación de divertículos con absceso, perforación, oclusión o fístula)	Anaerobios (<i>B. fragillis</i>)	Elección: • Ceftriaxona 2 g/24h/iv + Metronidazol 500 mg/8h/iv ± Gentamicina 5 mg/kg/24h/iv ó Amikacina 15 mg/kg/24h/iv ó • Piperacilina-tazobactam 4/0.5g/6-8h/iv	• Valorar cirugía/drenaje de abscesos • Dieta absoluta al ingreso. • Tomar hemocultivo si fiebre. • Cultivo peritoneal si desbridamiento o drenaje. • Ajustar el tratamiento a los resultados de los cultivos.
		Riesgo BLEE¹: • Ertapenem 1 g/24h/iv Alternativa o alérgicos • Aztreonam 1 g/8h/iv⁽²⁾ ó • Ciprofloxacino 400 mg/12h/iv + Metronidazol 500 mg/8h/iv • Tigeciclina 100 mg/iv (dosis carga) y seguido de 50 mg/12h/iv⁽³⁾	

***Criterios de tratamiento ambulatorio:** Menores de 65 años; buen uso de sus facultades mentales; ausencia de comorbilidades (cardiopatía, EPOC, DM, IRC, desnutrición, obesidad, cirrosis, inmunodepresión); TAC con contraste (IV y oral) en urgencias; diverticulitis grado I de Hinchley (engrosamiento de mesos con ausencia de abscesos/coleciones >3cm, líquido libre peritoneal o neumoperitoneo), sin datos de sepsis y tolerancia oral correcta.

⁽¹⁾ **Criterios BLEE:** **a)** colonización/infección previa por BLEE **b)** Ámbito asistencial: Procedencia de centro socio-sanitario, ingreso últimos 6 meses. **c)** Comorbilidad: sepsis grave / shock séptico, trasplante renal, enfermedad hepática avanzada, Inmunosupresión severa. **d)** Procedimientos invasivos: Intervención quirúrgica últimos 3 meses, SNG, endoscopia terapéutica, sondaje vesical. **e)** Tto antibiótico previo (últimos tres meses): Cefalosporinas 3ª generación, quinolonas, carbapenémicos o b-lactámicos + inhibidor de beta-lactamasas.

⁽²⁾ Valorar disponibilidad en Farmacia.

⁽³⁾ En ausencia de otras alternativas, considerar tratamiento combinado.