

Diverticulosis y diverticulitis

Fecha de la última revisión: **20/01/2017**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cuáles son las causas?](#)
3. [¿Cuál es la clínica de la enfermedad diverticular?](#)
4. [¿Cómo se diagnostica?](#)
5. [¿Cómo se trata?](#)
6. [Bibliografía](#)
7. [Más en la red](#)
8. [Autoras](#)

¿De qué hablamos?

Los divertículos son protrusiones en forma de saco de la pared colónica. El concepto enfermedad diverticular (ED), que se define como la presencia de múltiples divertículos en la pared colónica, engloba (Cuomo R, 2014; Elisei W, 2016):

- La **diverticulosis asintomática**: supone el 80% de los casos y es el hallazgo de divertículos en pacientes que se someten a pruebas complementarias por otros motivos, como por ejemplo el screening de cáncer de colon.
- La **diverticulosis sintomática**: supone el 20% de los casos. Se puede dividir a su vez en:
 - **Diverticulosis sintomática no complicada** (80-85% de los casos): es un síndrome que se caracteriza por síntomas abdominales recurrentes que se atribuyen a los divertículos en ausencia de otras alteraciones macroscópicas evidentes además de los divertículos. Un pequeño porcentaje (0,3-1,3%) de pacientes con diverticulosis sintomática pueden desarrollar una colitis segmentaria asociada a la diverticulosis, que se caracteriza por una inflamación crónica de la mucosa en las zonas de colon que presentan divertículos, generalmente en el colon descendente y sigma, respetando el resto de colon y recto (Cuomo R, 2014).
 - **Diverticulosis sintomática complicada o diverticulitis** (10-20% de los casos): hace referencia a la inflamación de los divertículos, que se caracteriza por un episodio agudo de dolor abdominal bajo, severo y prolongado, generalmente en el lado izquierdo, cambios en el hábito intestinal, febrícula y leucocitosis. Además la diverticulitis puede a su vez complicarse con absceso, sangrado (ocurre en el 3-15% de los pacientes con ED), perforación o peritonitis (Cirocchi R, 2015).

La prevalencia real de la enfermedad es difícil de calcular porque la mayor parte de los pacientes con ED permanecen asintomáticos (solo el 20-25% de los afectados presenta síntomas) (Vermeulen J, 2010) pero se calcula que afecta al 35-50% de la población y está influenciada por algunos factores (Rocco A, 2009):

- **Edad**: cerca del 5% a los 40 años, del 30% a los 60 años y del 65% en pacientes mayores de 80 años.
- **Sexo**: la ED es más frecuente en varones por debajo de los 50 años y por encima de los 70 años en mujeres (Cuomo R, 2014).
- La colitis segmentaria asociada a la diverticulosis es más frecuente en varones con una media de edad de 63,6 años (Cuomo R, 2014).
- **Variaciones geográficas**: las naciones occidentalizadas tienen una prevalencia del 5-45% dependiendo de los métodos diagnósticos utilizados y de la edad de la población. En estos casos predomina la localización en el lado izquierdo (la localización en el lado derecho representa solo el 15% de los casos). En Asia la prevalencia de la enfermedad es menor que en occidente, pero más elevada de lo que se pensaba hasta el momento. Un estudio reciente ha demostrado una prevalencia del 13,5% en pacientes taiwaneses asintomáticos, con una localización en colon derecho en el 52,3% de los casos (Wang FW, 2015).

¿Cuáles son las causas?

Los divertículos colónicos son "falsos divertículos" porque no contienen todas las capas de la pared colónica. La localización más frecuente es el colon sigmoide que se encuentra afectado en el 99% de los casos. Los divertículos del colon derecho, que sí son divertículos verdaderos porque engloban todas las capas de la pared, son más frecuentes en pacientes de origen asiático y en pacientes menores de 60 años. Aunque los mecanismos patogénicos de la ED no son bien conocidos está claramente relacionada con interacciones complejas entre la estructura del colon, la motilidad intestinal, la dieta y factores genéticos. En el caso de la diverticulitis se cree que está relacionado con la obstrucción de la luz del divertículo por fecalitos o restos de alimentos y alteraciones de la flora intestinal (Pemberton JH, 2016; Sheth AA, 2008; Vermeulen J, 2010).

Aunque la etiología de la enfermedad no es bien conocida, el aumento de la incidencia en las naciones desarrolladas sugiere que el ambiente y el estilo de vida juegan un papel importante en el desarrollo de la enfermedad. Hay varios factores predisponentes (Cuomo R, 2014; Pemberton JH, 2016):

- **Ingesta de fibra en la dieta**: se cree que una dieta baja en fibra predispone al desarrollo de la enfermedad, aunque no se ha confirmado en todos los estudios. Algunos autores han observado menos frecuencia de la enfermedad en personas vegetarianas.
- **Otros factores de la dieta**: no hay aumento del riesgo asociado a tabaco, caféina o alcohol. Sí existe asociación entre obesidad en hombres menores de 40 años y el desarrollo de diverticulitis aguda. Este hallazgo es compatible con la observación de aumento del riesgo de ED sintomática con dietas caracterizadas por alta ingesta de grasa total o carne roja y baja ingesta de fibra en la dieta. Algunos estudios han demostrado que el consumo de nueces, maíz, palomitas, etc., no se relaciona con un aumento del riesgo de padecer una ED ni ninguna de sus complicaciones.
- **Actividad física**: la falta de ejercicio físico intenso puede ser factor de riesgo para el desarrollo de ED. La disminución del riesgo con el ejercicio físico está relacionado con actividad intensa como correr.
- **Obesidad**: se asocia con aumento del riesgo de padecer diverticulitis y sangrado diverticular.
- **Cambios en la motilidad del colon**: algunos estudios han observado una propagación anormal segmentaria de la actividad motora del colon en algunos pacientes con ED a pesar de que por el momento se desconoce su relación directa con la enfermedad. También se han encontrado anomalías en los neurotransmisores en muestras de colon obtenidas de resecciones quirúrgicas. Todos estos cambios refuerzan la relación de los cambios neuroanatómicos con el desarrollo de la ED (Cuomo R, 2014).
- **Factores genéticos**: se cree que están implicados en la mayor prevalencia de ED derecha en población asiática. Además existen algunas alteraciones genéticas que afectan al tejido conectivo, como el síndrome de Ehler-Danlos, el síndrome de Marfan, la poliquistosis renal y la triada de Saint (cálculos biliares, diverticulosis colónica y hernia de hiato en población anciana) que se han asociado a una alta predisposición a padecer ED (Cuomo R, 2014; Vermeulen J,

2010).

Existen además varios factores que aumentan el riesgo de complicaciones (Cuomo R, 2014; Pemberton JH, 2016; Vermeulen J, 2010):

- **AINES:** varios estudios han demostrado que aumentan el riesgo de diverticulitis aguda, perforación y sangrado diverticular (Cuomo R, 2014).
- **Aspirina:** algunos estudios han demostrado que aumenta el riesgo de sangrado diverticular (Cuomo R, 2014).
- **Tabaco:** no aumenta el riesgo de padecer una ED pero sí el de complicaciones (Cuomo R, 2014; Elisei W, 2016).
- **Los pacientes inmunodeprimidos** (trasplantes, quimioterapia, fármacos inmunosupresores como los corticoesteroides) tienen mayor riesgo de perforación y diverticulitis complicada y además con mayor frecuencia presentan dificultades diagnósticas al presentar cuadros menos sintomáticos por el menor desarrollo de signos inflamatorios.
- **Opiáceos:** enlentecen el tránsito intestinal, lo que aumenta la exposición a factores patógenos como las bacterias, y aumentan la presión intracolónica. Se han asociado con un mayor riesgo de perforación diverticular (Cuomo R, 2014).

¿Cuál es la clínica de la enfermedad diverticular?

La diverticulosis asintomática no presenta síntomas y generalmente es un hallazgo accidental en pruebas complementarias que se realizan por otro motivo (Cuomo R, 2014; Elisei W, 2016). La diverticulosis sintomática es poco frecuente y se caracteriza por episodios de dolor abdominal inespecífico que es típicamente cólico pero puede ser continuo y a menudo aliviado con la defecación o la expulsión de gases. Los episodios de dolor abdominal pueden ser desencadenados por la ingesta. Puede ir acompañado de sensación de hinchazón abdominal y de alteración del hábito intestinal, generalmente estreñimiento (Elisei W, 2016).

Recientemente se ha descrito una nueva forma clínica de diverticulosis sintomática, la enfermedad diverticular asociada a colitis (también se ha denominado colitis segmentaria, colitis sigmoidea, colitis activa focal, etc). Se caracteriza por sangrado gastrointestinal bajo, diarrea y dolor abdominal. El criterio diagnóstico más importante es que no afecta a recto ni a colon derecho, por lo que es necesario realizar una biopsia de la mucosa para diferenciarlo de una enfermedad inflamatoria intestinal (Cuomo R, 2014).

La diverticulitis se caracteriza por dolor abdominal constante en hemiabdomen izquierdo, calambres, fiebre, náuseas y vómitos, alteración del hábito intestinal (estreñimiento/diarrea). En ocasiones puede aparecer síndrome miccional (disuria y frecuencia) por irritación vesical. La presentación clínica depende de la gravedad del proceso inflamatorio subyacente, pudiendo existir complicaciones en la cuarta parte de pacientes: absceso, fístula, obstrucción, sangrado (los divertículos son la causa más común de sangrado gastrointestinal bajo abundante), y menos frecuentemente perforación y peritonitis (Pemberton JH, 2016; Tursi A, 2015).

¿Cómo se diagnostica?

Anamnesis

En la anamnesis es importante recoger los antecedentes personales como los hábitos dietéticos (ingesta de fibra, grasas, carne roja, etc.) y los estilos de vida (ejercicio físico) para detectar posibles factores de riesgo relacionados con la ED. También es importante recoger la historia de la enfermedad: tiempo de evolución, características y localización del dolor, factores que lo alivian o empeoran y alteraciones en el hábito intestinal entre otras.

Exploración física

En la diverticulosis sintomática suele haber sensación de plenitud o dolor a nivel de fosa ilíaca izquierda sin datos de peritonismo. En ocasiones un asa de colon sigmoide es dolorosa a la palpación (Comparato G, 2007; Di Mario F, 2006).

En la diverticulitis puede aparecer dolor a la palpación en hemiabdomen izquierdo, signos de irritación peritoneal y fiebre (Pemberton JH, 2016).

Exploraciones complementarias

- **Analítica:** hemograma y bioquímica básica suelen ser normales. En las diverticulitis suele haber leucocitosis y aumento de polimorfonucleares. La proteína C reactiva se encuentra elevada en las enfermedades inflamatorias agudas y los valores normales son raros en pacientes con diverticulitis. Además puede ser útil para diferenciar la ED complicada de la no complicada (Lopez DE, 2010).
- **Radiografía simple de tórax y abdomen:** puede ser útil para descartar otras causas de dolor abdominal y la existencia de posibles complicaciones.
- **Ecografía abdominal:** útil en pacientes con dolor en hemiabdomen derecho, para descartar otras posibles patologías (patología ovárica, apendicitis, etc.).
- **TAC:** es el método de elección para el diagnóstico de diverticulitis y para el seguimiento de su evolución y aparición de posibles complicaciones, con una alta sensibilidad (97%). La presencia de inflamación mesentérica y pericolónica que afecta a más de 10 cm de colon y la ausencia de ganglios linfáticos pericolónicos aumentados de tamaño, es indicativo de diverticulitis. Aún así en el 10-20% de los casos es difícil realizar el diagnóstico diferencial con el cáncer de colon y es necesario realizar una colonoscopia una vez resuelta la inflamación aguda (Cuomo R, 2014; Pemberton JH, 2016).
- **Enema de bario:** contraindicado en episodio agudo por riesgo de extravasación de material en caso de perforación.
- **Colonoscopia/enema de bario + sigmoidoscopia:** está indicada en todos los pacientes con ED sintomática para excluir la presencia de cáncer de colon subyacente. Debe realizarse 6-8 semanas tras el episodio agudo de diverticulitis; antes está contraindicada por aumento del riesgo de perforación (Peery AF, 2013; Pemberton JH, 2016).
- Recientemente se ha desarrollado y validado una clasificación endoscópica de la enfermedad diverticular. Esta clasificación denominada DICA (*diverticular inflammation and complications assessment*) tiene en cuenta la extensión de la diverticulosis, el número de divertículos en cada zona, la presencia de inflamación y la presencia de complicaciones para clasificar la enfermedad en tres grados: DICA 1, DICA 2 y DICA 3 (tabla 1). Se cree que se puede predecir la evolución de la enfermedad en función de la puntuación de la clasificación DICA. La diverticulosis simple o asintomática (DICA 1) no parece necesitar ningún tratamiento para prevenir la aparición de complicaciones. Si hay signos de inflamación recurrente (DICA 3) puede que no responda al tratamiento. Por otro lado la DICA 2 parece ser muy sensible al tratamiento. Pero se necesitan más estudios para confirmar estos resultados (Elisei W, 2016; Tursi A, 2015).

Tabla 1. Clasificación DICA.	
Extensión de la diverticulosis	Puntuación
Colon izquierdo	2 puntos
Colon derecho	1 punto
Número de divertículos en cada zona	Puntuación
Menos de 15: grado I	0 puntos
Más de 15: grado II	1 punto

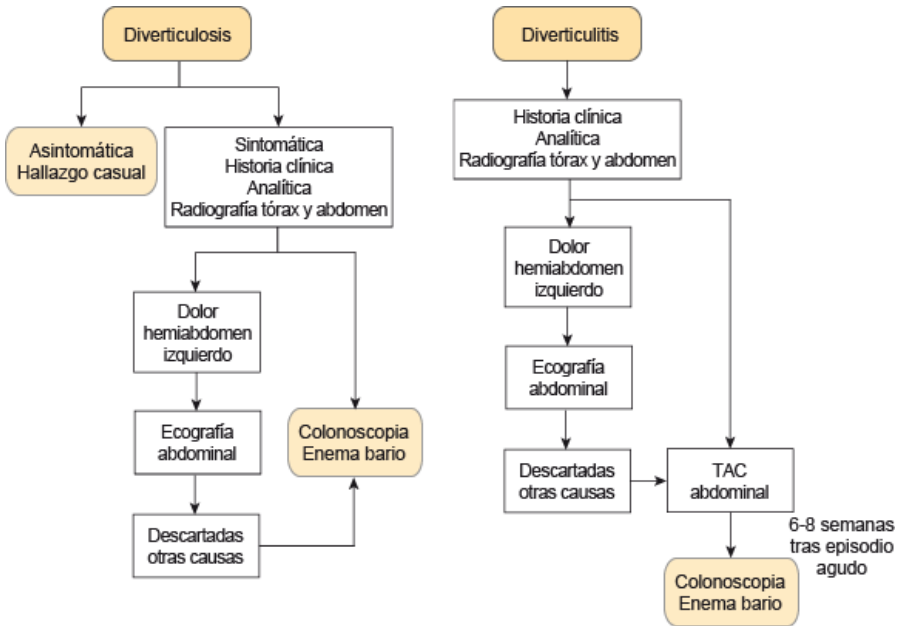
Presencia de signos de inflamación	Puntuación
Edema/hiperemia	1 punto
Erosiones	2 puntos
Colitis segmentaria asociada a diverticulosis	3 puntos
Presencia de complicaciones	Puntuación
Rigidez del colon	4 puntos
Estenosis	4 puntos
Pus	4 puntos
Sangrado	4 puntos
DICA 1: de 1 a 3 puntos. DICA 2: de 4 a 7 puntos. DICA 3: más de 7 puntos.	

- En el caso de sangrado gastrointestinal bajo grave en la que se sospecha que la causa puede ser diverticular está indicado realizar una endoscopia de forma temprana (entre 12 y 48 horas tras el inicio del sangrado), porque además de permitir diagnóstico y tratamiento ha demostrado reducir el tiempo de ingreso. Debe realizarse tras la preparación del colon para minimizar el riesgo de perforación (Cuomo R, 2014; Tursi A, 2015) (ver guía de [Hemorragia digestiva baja](#)).

Diagnóstico diferencial

En el caso de sospechar una enfermedad diverticular es necesario realizar un diagnóstico diferencial con patologías que tienen origen en dos aparatos principalmente:

- Aparato digestivo: incluiría enfermedad ulcerosa complicada, apendicitis aguda y peritonitis aguda, enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa), cáncer colorrectal, patología de la vesícula biliar y del páncreas, hernias incarceradas, infartos mesentéricos y colitis isquémica, colitis pseudomembranosa, obstrucción intestinal y síndrome del intestino irritable.
- Aparato genito-urinario: incluiría cistitis, enfermedad renal, quistes, abscesos, neoplasias y torsión de ovario, embarazo ectópico y enfermedad inflamatoria pélvica.



Algoritmo de diagnóstico

¿Cómo se trata?

Diverticulosis:

- Dieta:** a pesar de que los estudios son contradictorios en algunos casos, en general se recomienda una dieta rica en fibra tanto en la diverticulosis sintomática como en la asintomática (Cuomo R, 2014; Elisei W, 2016; Peery AF, 2013; Pemberton JH, 2016; Templeton AW, 2013).
- Tratamiento farmacológico:**
 - No existe ninguna evidencia de que el tratamiento farmacológico sea eficaz en el caso de la enfermedad diverticular asintomática (Cuomo R, 2014).
 - Dentro del tratamiento farmacológico de la diverticulosis sintomática encontramos:
 - Rifaximina:** es un antibiótico no absorbible, de amplio espectro (actúa frente a gram positivos y gram negativos, aerobios y anaerobios). Varios estudios han demostrado que el tratamiento cíclico con 800 mg cada 24 horas durante 7 días es eficaz para prevenir las recurrencias de la enfermedad diverticular sintomática no complicada y las recurrencias de la diverticulitis (Cuomo R, 2014; Elisei W, 2016).
 - 5-ASA:** existen estudios que han demostrado que 400-800 mg al día durante 10 días cada mes durante doce meses mejora los síntomas y disminuye las recurrencias en la ED sintomática no complicada y las recurrencias de la diverticulitis. También se cree que son eficaces en el tratamiento de la enfermedad diverticular asociada a colitis. En todo caso son necesarios más estudios con un mayor número de pacientes para poder establecer una recomendación firme (Tursi A, 2006; Di Mario F, 2006; Rocco A, 2009; Comparato G, 2007; Elisei W, 2016).

- **Probióticos:** dado que en la patogenia de la enfermedad pueden jugar un papel las alteraciones de la flora intestinal peridiverticular se han realizado algunos estudios con probióticos en los que se mostraron períodos de remisión más prolongados. Sin embargo se requieren estudios de mayor tamaño y controlados con placebo para establecer una recomendación (Elisei W, 2016). La combinación de *Lactobacilli spp.* y **rifaximina** parece efectiva para reducir las formas graves de diverticulitis y prevenir las recurrencias además de reducir la necesidad de tratamiento quirúrgico (Comparato G, 2007; Di Mario F, 2006; Rocco A, 2009; Sheth AA, 2008; Tursi A, 2006; Vermeulen J, 2010).

Diverticulitis no complicada: el tratamiento conservador consistente en reposo intestinal y antibioterapia, es efectivo en el 70% de los casos. El tratamiento antibiótico puede realizarse de forma ambulatoria por vía oral en pacientes jóvenes y en casos de diverticulitis leve que toleren la vía oral. En cualquier caso, la decisión de iniciar o no tratamiento antibiótico debe tomarse de forma individualizada en cada paciente porque existen algunos estudios que indican que la diverticulitis es más un proceso inflamatorio que infeccioso y podría no ser necesario el uso de antibióticos en todos los casos (Elisei W, 2016; Templeton AW, 2013).

En los casos en los que no exista mejoría y en los pacientes ancianos, con comorbilidad significativa o con episodios graves es necesario el ingreso hospitalario y el tratamiento antibiótico IV (Byrnes MC, 2009; Pemberton JH, 2016).

- **Dieta:** dieta líquida en paciente ambulatorio. Si no mejora en 2-3 días puede ser necesario el ingreso hospitalario y la administración de sueroterapia. Dieta rica en fibra tras la fase aguda.
- **Antibioterapia:**
 - Es necesario cubrir gérmenes GRAM (-) y anaerobios (*E. coli* y *Bacteroides fragilis*).
 - V.O. (7-10 días):
 - **Ciprofloxacino** (500 mg/12h) + **metronidazol** (500 mg/8h).
 - **Amoxicilina-ác. clavulánico** (875/125 mg/12h).
 - **Trimetoprim-sulfametoxazol** + **metronidazol**.
 - I.V.:
 - **Clindamicina/metronidazol** + quinolona/cefalosporina de 3ª generación.
 - Ampicilina-sulbactam.
 - Piperacilina-tazobactam.
 - Ticarcilina-ác. clavulánico.
 - Si es necesario el uso de analgésicos opioides para el control del dolor debe utilizarse la **meperidina** porque la **morfina** causa espasmo colónico y puede empeorar el cuadro (Elisei W, 2016).

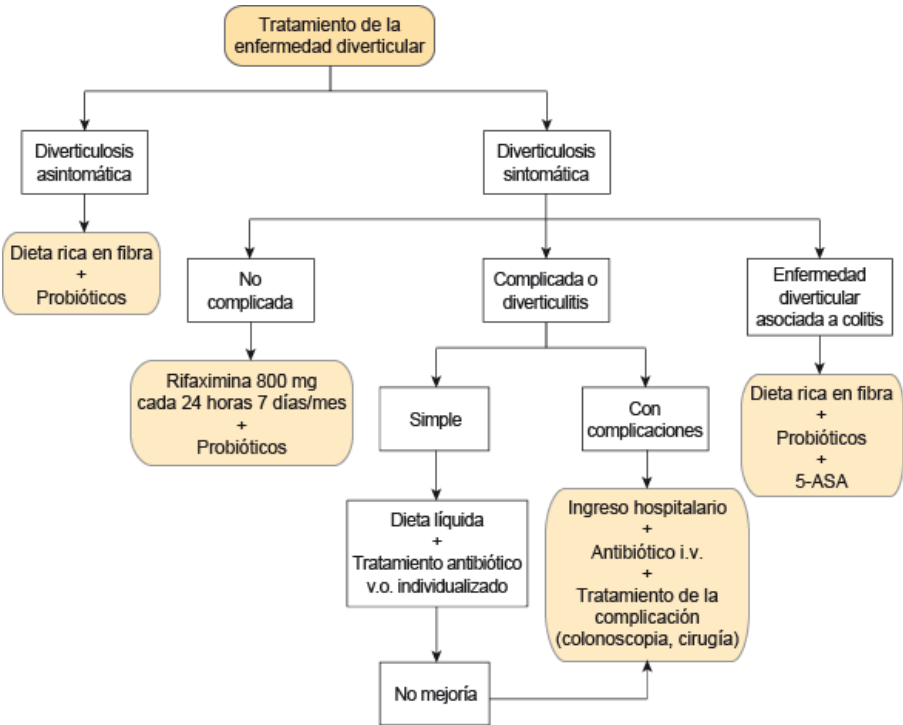
Diverticulitis complicada: requiere ingreso hospitalario, exploración de urgencia para diagnóstico de la complicación, sueroterapia, antibioterapia de amplio espectro y en ocasiones cirugía (Pemberton JH, 2016).

El tratamiento quirúrgico de primera elección en el caso de la peritonitis es el lavado peritoneal laparoscópico. Si no es posible será necesaria la resección y anastomosis primaria que puede ser laparoscópica o la reconstrucción diferida tras resección de Hartmann.

En el caso de los abscesos la técnica de primera elección es drenaje percutáneo si miden más de 4 cm de diámetro. Los abscesos que no responden al tratamiento o no son accesibles por la vía percutánea, como los pericólicos, intrabdominales, retrocólicos y pélvicos, deben ser tratados con cirugía (Cuomo R, 2014; Daher R, 2016).

El sangrado cede espontáneamente en el 75% de los casos pero si es necesario realizar una colonoscopia urgente se pueden emplear varias técnicas endoscópicas como tratamiento: ligadura con bandas (que parece ser la técnica más efectiva), inyección de epinefrina, cauterización y colocación de un clip. El sangrado masivo debe ser manejado mediante angiografía selectiva (Pemberton JH, 2015; Tursi A, 2015).

Cirugía electiva: debe recomendarse en pacientes con enfermedad diverticular sintomática complicada (fístula, estenosis, etc). Debe tenerse en cuenta la severidad de los síntomas, el riesgo de recurrencias severas y la morbilidad relacionada con la cirugía (Cuomo R, 2014; Peery AF, 2013).



Algoritmo de tratamiento

Bibliografía

- Byrnes MC, Mazuski JE. Antimicrobial therapy for acute colonic diverticulitis. Surg Infect (Larchmt). 2009;10(2):143-54. PubMed [PMID: 19226204](#)
- Cirocchi R, Grassi V, Cavaliere D, Renzi C, Tabola R, Poli G, et al. New Trends in Acute Management of Colonic Diverticular Bleeding: A Systematic Review. Medicine (Baltimore). 2015;94(44):e1710. PubMed [PMID: 26554768](#). [Texto completo](#)
- Comparato G, Fanigliulo L, Cavallaro LG, Aragona G, Cavestro GM, Iori V, et al. Prevention of complications and symptomatic recurrences in diverticular disease with mesalazine: a 12-month follow-up. Dig Dis Sci. 2007;52(11):2934-41. PubMed [PMID: 17410435](#)
- Cuomo R, Barbara G, Pace F, Annese V, Bassotti G, Binda GA, et al. Italian consensus conference for colonic diverticulosis and diverticular disease. United European Gastroenterol J. 2014;2(5):413-42. PubMed [PMID: 25360320](#). [Texto completo](#)
- Daher R, Barouki E, Chouillard E. Laparoscopic treatment of complicated colonic diverticular disease: A review. World J Gastrointest Surg. 2016;8(2):134-42. PubMed [PMID: 26981187](#). [Texto completo](#)
- Di Mario F, Comparato G, Fanigliulo L, Aragona G, Cavallaro LG, Cavestro GM, et al. Use of mesalazine in diverticular disease. J Clin Gastroenterol. 2006;40 Suppl 3:S155-9. PubMed [PMID: 16885700](#)
- Elisei W, Tursi A. Recent advances in the treatment of colonic diverticular disease and prevention of acute diverticulitis. Ann Gastroenterol. 2016;29(1):24-32. PubMed [PMID: 26752946](#). [Texto completo](#)
- Lopez DE, Brown CV. Diverticulitis: the most common colon emergency for the acute care surgeon. Scand J Surg. 2010;99(2):86-9. PubMed [PMID: 20679043](#)
- Peery AF, Sandler RS. Diverticular disease: reconsidering conventional wisdom. Clin Gastroenterol Hepatol. 2013;11(12):1532-7. PubMed [PMID: 23669306](#). [Texto completo](#)
- Pemberton JH. Acute colonic diverticulitis: Medical management. En: Weiser M, Chen W, editors. UpToDate; 2016. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/acute-colonic-diverticulitis-medical-management>
- Pemberton JH. Acute colonic diverticulitis: Surgical management. En: Weiser M, Chen W, editors. UpToDate; 2016. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/acute-colonic-diverticulitis-surgical-management>
- Pemberton JH. Clinical manifestations and diagnosis of acute diverticulitis in adults. En: Lamont JT, Grover S, editors. UpToDate; 2015. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-diverticulitis-in-adults>
- Pemberton JH. Colonic diverticular bleeding. En: Saltzman JR, Travis AC, editors. UpToDate; 2015. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/colonic-diverticular-bleeding>
- Pemberton JH. Colonic diverticulosis and diverticular disease: Epidemiology, risk factors and pathogenesis. En: Friedman LS, Grover S, editors. UpToDate; 2016. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/colonic-diverticulosis-and-diverticular-disease-epidemiology-risk-factors-and-pathogenesis>
- Pemberton JH. Segmental colitis associated with diverticulosis. En: Friedman LS, Grover S, editors. UpToDate; 2016. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/segmental-colitis-associated-with-diverticulosis>
- Rocco A, Compare D, Caruso F, Nardone G. Treatment options for uncomplicated diverticular disease of the colon. J Clin Gastroenterol. 2009;43(9):803-8. PubMed [PMID: 19652620](#)
- Sheth AA, Longo W, Floch MH. Diverticular disease and diverticulitis. Am J Gastroenterol. 2008;103(6):1550-6. PubMed [PMID: 18479497](#)
- Templeton AW, Strate LL. Updates in diverticular disease. Curr Gastroenterol Rep. 2013;15(8):339. PubMed [PMID: 24010157](#). [Texto completo](#)
- Tursi A, Brandimarte G, Giorgetti GM, Elisei W. Mesalazine and/or Lactobacillus casei in preventing recurrence of symptomatic uncomplicated diverticular disease of the colon: a prospective, randomized, open-label study. J Clin Gastroenterol. 2006;40(4):312-6. PubMed [PMID: 16633103](#)
- Tursi A. The role of colonoscopy in managing diverticular disease of the colon. J Gastrointestin Liver Dis. 2015;24(1):85-93. PubMed [PMID: 25822438](#). [Texto completo](#)
- Vermeulen J, Van der Harst E, Lange JF. Pathophysiology and prevention of diverticulitis and perforation. Neth J Med. 2010;68(10):303-9. PubMed [PMID: 21071775](#). [Texto completo](#)
- Wang FW, Chuang HY, Tu MS, King TM, Wang JH, Hsu CW, et al. Prevalence and risk factors of asymptomatic colorectal diverticulosis in Taiwan. BMC Gastroenterol. 2015;15:40. PubMed [PMID: 25888375](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- Morris AM, Regenbogen SE, Hardiman KM, Hendren S. Sigmoid diverticulitis: a systematic review. JAMA. 2014 Jan 15;311(3):287-97. PubMed [PMID: 24430321](#)
- Tursi A. Advances in the management of colonic diverticulitis. CMAJ. 2012 Sep 18;184(13):1470-6. PubMed [PMID: 22927512](#). [Texto completo](#)
- Wilkins T, Embry K, George R. Diagnosis and management of acute diverticulitis. Am Fam Physician. 2013 May 1;87(9):612-20. PubMed [PMID: 23668524](#)

Autoras

▪ Patricia S. Vázquez Millán	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
▪ María de los Ángeles Vázquez Millán	Médico Especialista en Aparato Digestivo (2)
▪ Paula Martínez Espada	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (3)

(1) Servicio de Atención Primaria de Valga. Servizo Galego de Saúde. Pontevedra. España.
(2) Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña. Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.
(3) Centro de Salud Fene. Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

