



Diverticulitis aguda complicada en colon derecho en paciente joven. Reporte de un caso

José Alberto Hernández-Pinto,* Mónica De Jesús-Mosso,† Cindy Belén Larumbe-Hernández,†
Jesús Alberto Bahena-Aponte,† Jorge González,‡ Sari Narsil Angélica Mejía-Arcadia,**
María Victoria Hernández-Martínez,|| Gerardo Vázquez-Rodríguez,¶ Quintín Héctor González-Contreras§

* Médico residente, 3er año de Cirugía general, adscrito al Hospital General "Dr. Jesús Gilberto Gómez Maza".

† Clínica de Gastroenterología Integral y Nutrición, Hospital SAI HMG. ‡ Internship, Houston Methodist Hospital. ** Patología Clínica, Hospital Central Militar.

|| Anestesiólogo adjunto. Clínica de Gastroenterología Integral y Nutrición, Hospital SAI HMG. ¶ Cirujano general titular, adjunto al Hospital "Dr. Jesús Gilberto Gómez Maza".

§ Cirugía General y Coloproctología. Clínica de Gastroenterología Integral Nutrición, Hospital SAI HMG. CDMX

Complicated acute diverticulitis of the right colon in a young patient: A case report

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 15 Núm. 1 / Enero-Marzo, 2026 / p. 25-29

RESUMEN

La mayoría de las personas con diverticulosis colónica permanecen asintomáticas, alrededor del 20% de los pacientes presentará síntomas, desarrollando la llamada "enfermedad diverticular" (ED). Cuando la ED presenta signos macroscópicos, radiológicos o serológicos de inflamación se denomina diverticulitis que puede ser simple o no complicada y cuando se asocia a abscesos, perforación, estenosis o fistulas. Capítulo aparte es el sangrado por enfermedad diverticular. En los países occidentales los divertículos del lado derecho representan solo el 5% de los casos de diverticulosis y el 1.5% de la diverticulitis. Aunque solo entre el 1 y 2% de los pacientes con diverticulitis aguda presentan una perforación con peritonitis purulenta o fecal, las tasas de mortalidad se acercan al 20%.

Los ingresos hospitalarios por diverticulitis aumentaron un 7.5% anual; de 190 por cada 100,000 habitantes en 2008 a 310 por cada 100,000 habitantes en 2015 en Europa; este aumento se produjo predominantemente entre pacientes menores de 60 años, y en la población estadounidense este aumento se presenta especialmente entre las personas menores de 40 años.

Aunque la elección del procedimiento quirúrgico se determina en función de las comorbilidades, estado clínico y nutricional del paciente en la enfermedad diverticular complicada destacan la resección con anastomosis primaria con o sin estoma de protección y la cirugía en

ABSTRACT

Most people with colonic diverticulosis remain asymptomatic, but around 20% of patients will develop symptoms, known as "diverticular disease" (DD). When DD presents macroscopic, radiological, or serological signs of inflammation, it is called diverticulitis, which can be simple or uncomplicated, or associated with abscesses, perforation, stenosis, or fistulas. Bleeding from diverticular disease is a separate issue. In Western countries, right-sided diverticula account for only 5% of cases of diverticulosis and 1.5% of diverticulitis. Although only 1 to 2% of patients with acute diverticulitis present with perforation with purulent or fecal peritonitis, mortality rates are close to 20%.

Hospital admissions for diverticulitis increased by 7.5% annually, from 190 per 100,000 habitants in 2008 to 310 per 100,000 habitants in 2015 in Europe; this increase occurred predominantly among patients under 60 years of age, and in the US population, this increase is particularly evident among people under 40 years of age. Although the choice of surgical procedure depends on the patient's comorbidities, clinical status, and nutritional status in complicated diverticular disease, resection with primary anastomosis with or without protective stoma and two-stage surgery, also known as the Hartmann procedure, are the most common.

We present the case of a 23-year-old male patient with no significant chronic degenerative history who underwent

Correspondencia:

Dr. Quintín Héctor González-Contreras
Correo electrónico: quinhec@hotmail.com

dos tiempos, también conocida como procedimiento de Hartmann.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 23 años, sin antecedentes crónico-degenerativos de importancia, el cual es intervenido de urgencia por presentar cuadro de abdomen agudo. La tomografía computarizada confirma diverticulitis derecha con perforación colónica a nivel de ángulo hepático, por lo cual se decide realizar una hemicolectomía laparoscópica derecha con ileotransverso anastomosis latero-lateral intracorpórea. El paciente presenta evolución posquirúrgica favorable.

Este reporte de caso respalda el aumento de la incidencia de diverticulosis colónica del lado derecho en la población occidental y enfatiza el aumento de la de la misma en poblaciones menores de 40 años.

Palabras clave. Divertículo, diverticulosis colónica, diverticulitis, resección primaria con anastomosis, procedimiento de Hartmann.

emergency surgery for acute abdominal pain. Computed tomography confirmed right-sided diverticulitis with colonic perforation at the hepatic flexure, leading to the decision to perform a laparoscopic right hemicolectomy with intracorporeal ileotransverse anastomosis. The patient had a favorable postoperative course.

This case report supports the increased incidence of right-sided colonic diverticulosis in the Western population and emphasizes the increase in its presentation in populations under 40 years of age.

Keywords. Diverticulum, colonic diverticulosis, diverticulitis, primary resection with anastomosis, Hartmann procedure.

INTRODUCCIÓN

La diverticulosis colónica hace referencia a la presencia de saculaciones (divertículos) a manera de pequeños globos o sacos en la pared del intestino grueso. Se caracterizan por la herniación de la capa mucosa y submucosa a través de los defectos de la capa muscular en el sitio donde ingresan los vasos rectos que proporcionan la irrigación a la pared del colon.¹ Aunque la mayoría de las personas con diverticulosis colónica permanecen asintomáticas, alrededor del 20-30% de los pacientes desarrollará síntomas, desarrollando la llamada “enfermedad diverticular” (ED), de los cuales el 15% eventualmente desarrollará complicaciones.²

Cuando la ED presenta signos macroscópicos, radiológicos o serológicos de inflamación se denomina diverticulitis y a ella pertenecen la diverticulitis aguda no complicada y la diverticulitis aguda complicada.³ En los países occidentales la diverticulitis colónica aguda ocurre principalmente en el colon sigmoideos. Los divertículos del lado derecho representan solo el 5% de los casos de diverticulosis y el 1.5% de la diverticulitis en los países occidentales. Por el contrario, en los países asiáticos hasta el 20% de la diverticulosis y el 75% de la diverticulitis se presentan en el colon derecho (DCD).⁴ Aproximadamente 80% de los divertículos de lado derecho se localizan en la cara anterior del ciego, próximos a la válvula ileocecal, y por lo regular son asintomáticos.⁵

En Estados Unidos, la diverticulosis afecta a un tercio de la población mayor de 60 años y, en la mayoría de los casos, no presenta síntomas asociados.⁶ Así mismo, la tasa de diverticulosis en la población mayor de 80 años alcanza

el 70%.⁷ Sin embargo la incidencia de la diverticulosis está en aumento, especialmente entre las personas menores de 40 años.⁶ Las visitas a urgencias por diverticulitis aguda aumentaron un 26.8% hasta alcanzar las 113.9 visitas por cada 100,000 habitantes entre 2006 y 2013 en Estados Unidos. Los ingresos hospitalarios por diverticulitis aumentaron un 7.5% anual, de 190 por cada 100,000 habitantes en 2008 a 310 por cada 100,000 habitantes en 2015 en Europa; este aumento se produjo predominantemente entre pacientes menores de 60 años.⁸

La gravedad de la diverticulitis se evalúa y categoriza ampliamente utilizando la clasificación modificada de Hinchey. La diverticulitis no complicada incluye el estadio 0 (diverticulitis clínicamente leve) y el estadio Ia (inflamación pericólica), que se tratan con éxito de forma no quirúrgica en el 70 al 100 % de los casos. La diverticulitis complicada incluye el estadio Ib (absceso < 5 cm en la proximidad de la inflamación primaria), el estadio II (absceso intraabdominal, pélvico o retroperitoneal, o absceso distante de la inflamación primaria), el estadio III (peritonitis purulenta generalizada) y el estadio IV (peritonitis fecal).⁹

La perforación con peritonitis generalizada puede resultar de la ruptura de un absceso diverticular hacia la cavidad peritoneal o de la ruptura libre de un divertículo inflamado. Aunque solo entre el 1 y el 2% de los pacientes con diverticulitis aguda presentan una perforación con peritonitis purulenta o fecal, las tasas de mortalidad se acercan al 20%.¹⁰ El manejo quirúrgico de la enfermedad diverticular complicada incluye diversas opciones, entre las cuales se destacan la resección primaria con anastomosis y la cirugía en dos tiempos, también

conocida como procedimiento de Hartmann.¹¹ La decisión sobre la elección quirúrgica en pacientes con peritonitis difusa generalmente se deja al criterio del cirujano, quien considera el estado clínico y las comorbilidades del paciente.¹²

En los últimos años, algunos autores han descrito el papel de la resección primaria y la anastomosis, con o sin estoma derivativo, en el tratamiento de la diverticulitis aguda, incluso en presencia de peritonitis difusa.¹² La cuestión de si la resección y anastomosis primaria (RAP) puede realizarse de forma segura en pacientes con diverticulitis perforada con peritonitis se remonta a 1955, cuando Gregg, de la Universidad Estatal de Nueva York, publicó su primer caso. Su experiencia fue compartida por Ryan, quien, en 1958, también abogó por la RAP. Sin embargo, los ensayos clínicos no se realizaron durante medio siglo. La necesidad de un ECA se expresó ya en 1995, pero los dos primeros ensayos no se publicaron hasta 2012.¹³

Si bien presentan limitaciones, los metaanálisis que comparan la APR y el procedimiento de Hartmann en la peritonitis difusa muestran tasas de mortalidad comparables y Zeitoun, *et al.*, en un ensayo multicéntrico aleatorizado, tampoco observaron diferencias cuando se efectuó una resección, o bien colostomía y drenaje.¹⁴ La reversión de Hartmann representa un procedimiento complejo para los cirujanos en el momento de la segunda etapa. Los riesgos pueden ser múltiples, desde adherencias formadas por cirugías previas hasta problemas en la preparación del recto para la anastomosis, que a veces es difícil de manipular, adherido a estructuras loco regionales, como el sacro, y con el riesgo de realizar anastomosis inseguras y, en consecuencia, sufrir más problemas postoperatorios.¹⁵

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 23 años de edad, sin antecedentes crónicos degenerativos de importancia, quien inició cuadro clínico 24 hrs antes de su ingreso hospitalario con dolor abdominal generalizado de tipo punzante, de predominio en cuadrante superior derecho, agregándose fiebre sin cuantificar, náuseas sin llegar al vómito.

Se realiza tomografía abdominal con contraste intravenoso, en la que se encuentra el colon conservando patrón haustral, diámetro y trayecto, se observan múltiples saculaciones dependientes de su pared en todos los segmentos, de contenido aéreo, algunas de ellas calcificadas, destacando a nivel del ángulo hepático un divertículo con pérdida de la solución de su continuidad, con irregularidad de su pared y realce al medio de contraste, asociado con estriación de la grasa periférica así como líquido libre (*Figura 1*).

Con base en el cuadro clínico y los hallazgos tomográficos, se decidió realizar una hemicolectomía derecha laparoscópica con anastomosis íleo-transverso intracorpórea latero-lateral isoperistáltica. En el transquirúrgico se encuentra el colon derecho distendido, así como presencia de absceso pericolónico en ángulo hepático y líquido purulento en cavidad abdominal.

El paciente presenta una evolución postoperatoria favorable. Inicia dieta líquida a las 24 hrs y progresa adecuadamente a dieta blanda a las 48 hrs, con tránsito intestinal conservado, tolerancia vía oral, deambulación temprana y estabilidad hemodinámica, por lo que fue egresado al cuarto día postoperatorio.

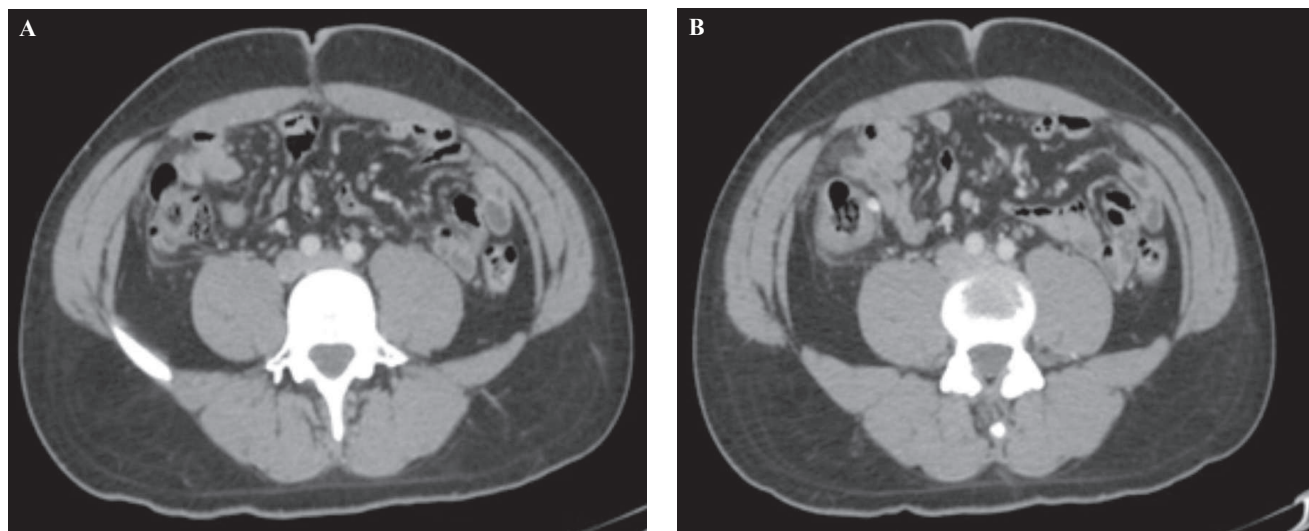


Figura 1. Tomografía abdominopélvica simple y contrastada con donde se observa al colon derecho con múltiples saculaciones dependientes de su pared en todos los segmentos, de contenido aéreo, algunas de ellas calcificadas, destacando a nivel del ángulo hepático un divertículo con solución de su continuidad, con irregularidad de su pared y realce al medio de contraste, asociado con estriación de la grasa periférica así como líquido libre.

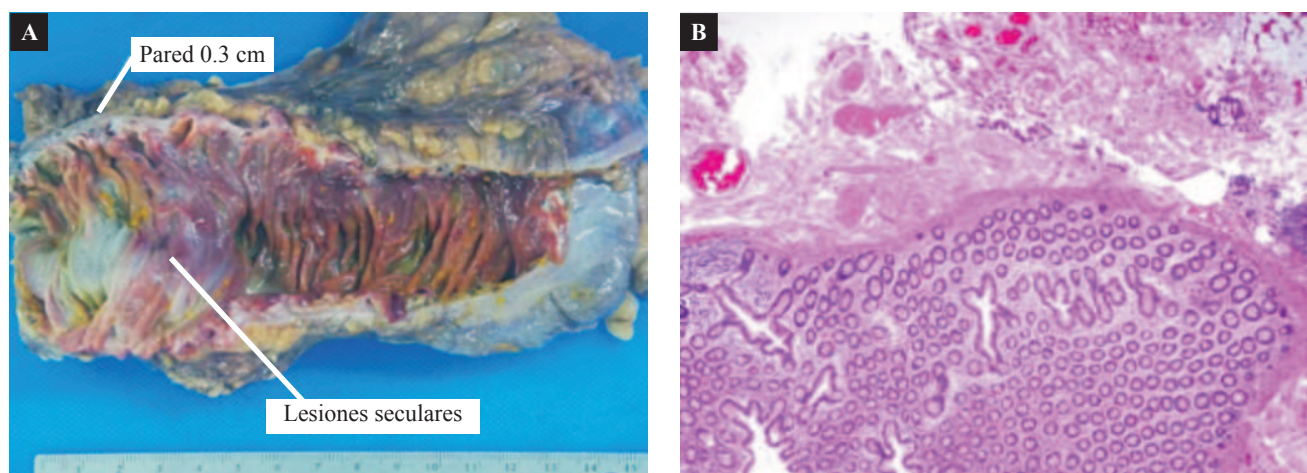


Figura 2. Segmento de colon (colon derecho) con lesiones en forma de saco con adelgazamiento de la muscular propia e invaginación de la mucosa con infiltrado inflamatorio agudo formado por polimorfonucleares que se extiende hasta la serosa.

La pieza quirúrgica enviada a patología corresponde a un segmento de colon (colon derecho) de 19.5 x 4.5 x 0.5 cm. Macroscópicamente con serosa café violácea, opaca, lobulada, con trama vascular dilatada, áreas membranopurulentas y consistencia blanda. Al corte colon con lesiones en forma de saco con adelgazamiento de la muscular propia e invaginación de la mucosa con infiltrado inflamatorio agudo formado por polimorfonucleares que se extiende hasta la serosa. El reporte histopatológico documenta enfermedad diverticular con diverticulitis y peritonitis aguda fibrinopurulenta (*Figura 2*).

DISCUSIÓN

La enfermedad diverticular derecha representa más del 70% de los casos diagnosticados en poblaciones asiáticas, mientras que es mucho más infrecuente en la población norteamericana, representando menos del 5% de los casos.¹⁶

La diverticulitis aguda representa un problema de salud importante, con una tasa de ingresos hospitalarios en el Reino Unido de 1.20 por 1,000 habitantes/año, de los cuales más del 75% de los ingresos son urgencias, con una mortalidad a 30 días del 5.1% y al año del 14.5%. La diverticulitis perforada es poco frecuente, con una incidencia ajustada por edad de 3.5 por 100,000 habitantes al año. La mayor incidencia se da en mujeres mayores de 65 años, asociada a altas tasas de mortalidad, especialmente si toman AINE o presentan insuficiencia renal.¹⁷ Por lo tanto, existen muy pocos estudios que hayan examinado la historia natural, el tratamiento y los resultados de la diverticulitis derecha en poblaciones occidentales.¹⁶

Aunque la mayoría de las veces la diverticulosis colónica es asintomática, puede ser clínicamente significativa por las graves complicaciones que puede presentar, como son abs-

ceso, perforación o sangrado. A diferencia de los divertículos del colon izquierdo, los del colon derecho suelen ser únicos y, en estos casos, son divertículos congénitos “verdaderos” con la protrusión de toda la pared del colon.⁴

Múltiples factores dificultan el diagnóstico y el manejo de la diverticulitis derecha: a menudo imita patologías más comunes, los pacientes suelen ser más jóvenes, la historia natural y los resultados no se conocen bien, y el manejo óptimo a largo plazo está mal definido.¹⁶

El tratamiento óptimo de la diverticulitis aguda, y en especial de la diverticulitis perforada (Hinchey III y IV), sigue siendo incierto. Muchos cirujanos prefieren realizar un procedimiento de Hartmann, ya que no existe riesgo de fuga anastomótica en caso de peritonitis y la reversión se realiza cuando la inflamación pélvica remite (generalmente 6 meses después). Por el contrario, tiene una tasa de fuga anastomótica de hasta el 30% en algunas series antiguas y que más del 50% de los pacientes no se someterán a ninguna reversión del estoma. El atractivo de la anastomosis primaria radica en que los pacientes no necesitan una segunda intervención para la reversión, lo que evita la morbilidad asociada, las complicaciones de la colostomía y la alta tasa de estomas permanentes.¹⁷

En un reciente estudio prospectivo de casos y controles, los pacientes con diverticulitis perforada purulenta (estadio III de Hinchey) sometidos al procedimiento de Hartmann tuvieron una mayor probabilidad de desarrollar complicaciones postoperatorias y una menor probabilidad de restaurar su tránsito intestinal, en comparación con los pacientes sometidos a anastomosis primaria (con o sin ileostomía en asa protectora).¹⁸

En un metaanálisis, la mortalidad por diverticulitis Hinchey III-IV en el grupo de procedimiento de Hartmann (20.7%) fue mayor que en el grupo de anastomosis primaria

(10.6%) ($p = 0.0003$). Se demostró un riesgo relativo de mortalidad de 0.92 ($p = 0.0019$), a favor del grupo de anastomosis. Cabe reiterar que, a pesar de que el metaanálisis mostró baja heterogeneidad y un efecto general estadísticamente significativo en la mortalidad a favor de la anastomosis primaria, el efecto general fue menor ($RR = 0.92$) y los estudios, inherentemente, están limitados por un sesgo de selección significativo.¹⁷ En el mismo sentido, la resección sigmoidea y la anastomosis primaria con o sin derivación proximal tienen resultados postoperatorios similares en pacientes seleccionados con diverticulitis y peritonitis difusa. Sin embargo, se necesitan más ensayos controlados aleatorios para confirmar estos resultados.¹⁹

CONCLUSIÓN

Al tener en cuenta que cada vez es más frecuente encontrar casos de diverticulosis derecha en la población occidental y que hay un claro aumento de su incidencia en la población joven (menores de 40 años); es claro el por qué los ingresos hospitalarios de cuadros de diverticulitis aguda complicada van en aumento. Por tanto, es importante definir cuáles son las mejores opciones quirúrgicas en la actualidad.

Están claras las ventajas que ofrece la resección colónica laparoscópica programada en cuadros de diverticulitis aguda no complicada sobre la resección abierta, y hoy día al contar con los recursos también se debe realizar en eventos agudos incluso complicados, y la anastomosis intracorpórea reduce el íleo, evita ampliar a un diámetro mayor la herida y no incrementa el riesgo de fuga.

REFERENCIAS

1. Pérez-Morales AG. *Nuevo Tratado de Cirugía General*. Vol. I. 1st ed. Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno; 2024.
2. Tursi A, Papa A, Danese S. Review article: the pathophysiology and medical management of diverticulosis and diverticular disease of the colon. *Aliment Pharmacol Ther* 2015; 42(6): 664-84.
3. Raña-Garibaya R, Salgado-Nesmeb N, Carmona-Sánchez R, Remes-Troched JM, Aguilera-Carrerae J, Alonso-Sánchez L, *et al*. Consenso mexicano sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon. *Revista de Gastroenterología de México* 2019; 84(2): 220-40.
4. Chavarrías-Torija N, Asensio-Gómez L, Saavedra-Ambrosy J, Rubio-Pérez I. Diverticulitis aguda de colon derecho: manejo de una entidad poco común. Right-sided colonic diverticulitis: Management of an unusual entity. *Cirugía Española* 2022; 100(10): 656-657.
5. Díaz-Rosales J, Salva CR, Velázquez-Mera I. Diverticulitis del lado derecho, diagnóstico diferencial de apendicitis complicada. Presentación de caso clínico. *Cirujano General* 2019; 41(3).
6. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J. Harrison. *Principios de medicina interna*. 21st ed. Nueva York: McGraw-Hill; 2022.
7. Kim CN. What is the Difference Between Right- and Left-Sided Colonic Diverticulitis? *Annals of Coloproctology* 2016; 32(6): 206-7.
8. Zondervan N, Snelgrove R, Bradley N. Management of acute diverticulitis. *CMAJ* 2022; 194(34): E1171.
9. Coakley KM, Davis BR, Kasten KR. Complicated Diverticular Disease. *Clin Colon and Rectal Surg* 2021; 34(2): 96-103.
10. Imaeda H, Toshifumi Hibi T. The Burden of Diverticular Disease and Its Complications: West versus East. *Inflamm Intest Dis* 2018; 3(2):61-8.
11. Domínguez-Velastegui CM, Barragán-Cisneros AM, Tobar-Tinoco AG, Franco-Salas JC, Ramos-Condemaita KA. Diagnóstico y manejo de enfermedad diverticular complicada: Revisión narrativa. *Ibero-American Journal of Health Science Research* 2025; 5(2): 44-51.
12. 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* 2020; 15(1): 32.
13. Gachabayov M, Tuech JJ, Tulina I, Coget J, Bridoux V, Bergamaschi R. Primary anastomosis and nonrestorative resection for perforated diverticulitis with peritonitis: meta-analysis of randomized trials. *Colorectal Disease* 2020; 22(10): 1245-57.
14. Roig JV, Salvador A, Frasson M, Cantos M, Villodre C, Balciscueta Z, *et al*. Tratamiento quirúrgico de la diverticulitis aguda. Estudio retrospectivo multicéntrico. *Cir Esp* 2016; 94(10): 569-77.
15. Assenza M, Mazzarella G, Santillo S, Bracchetti G, De Meis E, Bartolucci P, *et al*. Comparison Between Primary Resection Anastomosis and Hartmann Procedure for the Treatment of Hinchey III and IV Acute Diverticulitis in the Emergency Setting. *Turk J Colorectal Dis* 2021; 31(4): 300-8.
16. Zuckerman J, Garfinkle R, Vasilevsky CA, Ghitulescu G, Faria J, Morin N, *et al*. Short- and Long-Term Outcomes of Right-Sided Diverticulitis: Over 15 Years of North American Experience. *World J Surg* 2020; 44(6): 1994-2001.
17. Shaban F, Carney K, McGarry K, Holtham S. Perforated diverticulitis: To anastomose or not to anastomose? A systematic review and meta-analysis. *Int J Surg* 2018; 58: 11-21.
18. Vergara-Fernandez O, Morales-Cruz M, Armillas-Canseco F, Pérez-Soto R, Arcia-Guerra E, Trejo-Ávila M. Hartmann's procedure versus primary anastomosis for Hinchey stage III diverticulitis: a prospective case-control study. *Rev Gastroenterol Méx* 2022; 87(4): 509-12.
19. Dreifuss NH, Casas MA, Angeramo CA, Schlottmann F, Laxague F, Bun ME, *et al*. Sigmoid resection and primary anastomosis for perforated diverticulitis with peritonitis: To divert or not to divert-A systematic review and meta-analysis. *Surgery* 2023; 174(2): 180-8.