

ARTÍCULO REVISIÓN

Abordaje clínico y quirúrgico en diverticulitis: indicaciones, resultados y complicaciones

Clinical and surgical approach in diverticulitis: indications, results and complications

Diana Lorena Jordán-Fiallos¹ , Douglas Vinicio Tandayamo-Guacán¹ , Andrés Felipe Puma-Cadena¹ , Sebastián Alexander Molina-Urgiles¹ 

¹Universidad Regional Autónoma de Los Andes. Facultad de Ciencias de la Salud. Ambato, Ecuador.

Recibido: 16 de diciembre de 2025

Aceptado: 26 de diciembre de 2025

Publicado: 05 de enero de 2026

Citar como: Jordán-Fiallos DL, Tandayamo-Guacán DV, Puma-Cadena AF, Molina-Urgiles SA. Abordaje clínico y quirúrgico en diverticulitis: indicaciones, resultados y complicaciones. Universidad Médica Pinareña [Internet]. 2025 [citado: fecha de acceso]; 21(2025): e1494. Disponible en: <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/1494>

RESUMEN

Introducción: la diverticulitis es una enfermedad inflamatoria del colon con prevalencia creciente, cuya presentación clínica varía desde formas no complicadas manejables ambulatoriamente hasta casos severos que requieren cirugía urgente.

Objetivo: analizar las indicaciones, resultados y complicaciones del abordaje clínico y quirúrgico de la diverticulitis, evaluando su impacto en la evolución clínica, fundamentado en evidencia científica 2019-2024.

Métodos: revisión bibliográfica siguiendo metodología PRISMA en PubMed, Scopus, SciELO y Cochrane (2019-2024). Términos MeSH: "diverticulitis" AND ("treatment" OR "surgery"). De 312 registros identificados, 28 estudios cumplieron criterios de inclusión tras aplicar selección sistematizada.

Resultados: el tratamiento clínico ambulatorio mostró efectividad 70-80 % en casos no complicados, con complicaciones <5 %. Estudios recientes demuestran seguridad de manejo sin antibióticos en pacientes seleccionados. En diverticulitis complicada, el procedimiento de Hartmann se realizó en 65-70 % con peritonitis difusa (éxito 85-90 %, complicaciones 18-22 %). La resección con anastomosis primaria presentó menores complicaciones (10-12 %) y mejor calidad de vida. La laparoscopia mostró éxito 90-95 % con morbilidad <8 %.

Conclusiones: el abordaje de diverticulitis requiere estrategia personalizada. Las guías actuales enfatizan tratamiento conservador en casos no complicados, reservando cirugía para casos complicados. La selección de técnica quirúrgica debe balancear eficacia, morbilidad y preservación de función intestinal.

Palabras Clave: Diverticulitis; Tratamiento médico; Cirugía; Laparoscopia; Complicaciones quirúrgicas.

ABSTRACT

Introduction: diverticulitis is an inflammatory disease of the colon with increasing prevalence, whose clinical presentation ranges from uncomplicated forms manageable on an outpatient basis to severe cases requiring urgent surgery.

Objective: to analyze the indications, outcomes, and complications of clinical and surgical management of diverticulitis, evaluating its impact on clinical evolution, based on scientific evidence from 2019-2024.

Methods: a literature review was conducted following PRISMA methodology in PubMed, Scopus, SciELO, and Cochrane (2019-2024). MeSH terms: "diverticulitis" AND ("treatment" OR "surgery"). Of 312 records identified, 28 studies met inclusion criteria after systematic selection.

Results: outpatient clinical treatment showed effectiveness of 70-80 % in uncomplicated cases, with complications <5 %. Recent studies demonstrate the safety of management without antibiotics in selected patients. In complicated diverticulitis, the Hartmann procedure was performed in 65-70 % of cases with diffuse peritonitis (success 85-90 %, complications 18-22 %). Resection with primary anastomosis presented fewer complications (10-12 %) and better quality of life. Laparoscopy showed success rates of 90-95 % with morbidity <8 %.

Conclusions: the management of diverticulitis requires a personalized strategy. Current guidelines emphasize conservative treatment in uncomplicated cases, reserving surgery for complicated cases. The choice of surgical technique must balance efficacy, morbidity, and preservation of intestinal function.

Keywords: Diverticulitis; Medical treatment; Surgery; Laparoscopy; Surgical complications.

INTRODUCCIÓN

La diverticulitis constituye enfermedad gastrointestinal caracterizada por inflamación de divertículos colónicos, con prevalencia aproximada de 50-60 % en mayores de 60 años en países occidentales.⁽¹⁾ Aproximadamente 10-25 % de pacientes con diverticulosis desarrollarán diverticulitis aguda, con tasa de recurrencia 13-23 % tras primer episodio.⁽²⁾

La patogénesis involucra aumento de presión intraluminal, alteraciones en microbiota intestinal e inflamación crónica.⁽³⁾ Los factores de riesgo incluyen dieta baja en fibra, obesidad, tabaquismo y uso de antiinflamatorios no esteroideos.⁽⁴⁾ La clasificación de Hinchey estratifica la severidad en cuatro estadios, desde absceso pericólico (I) hasta peritonitis fecaloide (IV), guiando decisiones terapéuticas.⁽⁵⁾

El abordaje terapéutico ha evolucionado significativamente. El paradigma tradicional recomendaba cirugía electiva tras dos episodios, pero evidencia reciente cuestiona esta aproximación.^(6,7) El tratamiento clínico ambulatorio ha mostrado efectividad en 70-80 % de casos no complicados, y estudios recientes cuestionan necesidad de antibióticos en casos seleccionados.^(8,9)

En diverticulitis complicada, las opciones quirúrgicas incluyen procedimiento de Hartmann, resección con anastomosis primaria y laparoscopia.^(10,11) La selección depende de severidad de contaminación peritoneal y estabilidad hemodinámica.⁽¹²⁾ La presente revisión sistematiza evidencia actual (2019-2024) sobre indicaciones, resultados y complicaciones de abordajes clínico y quirúrgico.

MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó revisión bibliográfica sobre abordaje de diverticulitis, siguiendo metodología PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para garantizar transparencia.⁽¹³⁾

Estrategia de búsqueda

Búsqueda sistemática en PubMed/MEDLINE, Scopus, SciELO y Cochrane durante septiembre-noviembre 2024. Términos MeSH: "diverticulitis, colonic" OR "diverticulitis" AND ("therapeutics" OR "drug therapy" OR "surgical procedures, operative" OR "laparoscopy"). Filtros: español/inglés, enero 2019-noviembre 2024.

Criterios de selección

Inclusión: estudios originales (ensayos clínicos, cohortes), revisiones sistemáticas, guías clínicas; población adulta (≥ 18 años) con diverticulitis aguda; evaluación de eficacia, complicaciones, recurrencia, mortalidad; publicaciones 2019-2024. Exclusión: reportes de caso único, población pediátrica, metodología inadecuada, artículos sin revisión por pares.

Proceso de selección

La búsqueda identificó 312 registros. Tras eliminar 51 duplicados, se evaluaron 261 estudios por título/resumen, excluyendo 173 por no cumplir criterios. Se revisó texto completo de 88 artículos, excluyendo 60 por: datos insuficientes (n=24), metodología inadecuada (n=20), población no relevante (n=16). Finalmente, 28 estudios cumplieron criterios (Tabla 1).

Extracción de datos

Dos revisores independientes extrajeron: características del estudio, población, intervención (tratamiento clínico/quirúrgico), resultados (éxito, complicaciones, mortalidad, recurrencia). Calidad evaluada mediante Newcastle-Ottawa para estudios observacionales y Cochrane RoB-2 para ensayos.

Consideraciones éticas

Al constituir revisión bibliográfica sin intervención en pacientes, no requirió aprobación por comité de ética. Se siguieron principios de integridad científica en citación.

Tabla 1. Diagrama de flujo PRISMA para selección de estudios.

Fase	Descripción	n
Identificación	Registros identificados: PubMed: 189, Scopus: 72 SciELO: 35, Cochrane: 16	312
Cribado	Tras eliminar duplicados	261
	Excluidos por título/resumen: No relacionados: 98 Enfoque prevención: 45 Población no relevante: 30	173
Elegibilidad	Texto completo evaluado	88
	Excluidos: Datos insuficientes: 24 Metodología inadecuada: 20 Población no relevante: 16	60
Inclusión	Estudios incluidos (2019-2024)	28

Fuente: Elaboración propia basada en metodología PRISMA 2020.(13)

RESULTADOS

Características de estudios incluidos

De 28 estudios (2019-2024), 11 fueron cohortes retrospectivas, 7 ensayos clínicos prospectivos, 5 revisiones sistemáticas, 4 guías clínicas y 1 análisis multicéntrico. Procedencia: Europa (n=12), América del Norte (n=9), América Latina (n=5), Asia (n=2). Tamaño muestral: 147-1,842 pacientes, seguimiento promedio 24 meses (12-48 meses).

Tratamiento clínico en diverticulitis no complicada

El tratamiento ambulatorio constituye primera línea en diverticulitis no complicada (Hinchey 0-Ia). Las guías actuales (2019-2024) recomiendan antibióticos en pacientes con factores de riesgo, pero evidencia reciente demuestra seguridad de manejo sin antibióticos en pacientes seleccionados (Tabla 2).^(8,9,14) El tratamiento ambulatorio muestra tasas de éxito 70-80 %, con hospitalización requerida en 2,6-3 %.^(15,16)

Tabla 2. Eficacia de estrategias de tratamiento en diverticulitis no complicada (2019-2024).

Estrategia	Tasa éxito (%)	Hospitalización (%)	Cirugía urgente (%)	Referencias
Ambulatorio con antibióticos	75-80	2,6-3,5	<1	(15,16)
Ambulatorio sin antibióticos (pacientes seleccionados)	70-78	2,8-4,0	<1	(8,9,14)
Hospitalización con antibióticos IV	85-92	N/A	3-5	(16,17)

IV: intravenoso; N/A: no aplicable. Fuente: Elaboración propia basada en literatura 2019-2024.

Metaanálisis recientes (2020-2024) confirman que tratamiento sin antibióticos no incrementa complicaciones ni necesidad de cirugía en pacientes sin inmunosupresión ni sepsis.^(9,14) Esta estrategia reduce resistencia bacteriana y efectos adversos.

Tratamiento quirúrgico en diverticulitis complicada

La diverticulitis complicada (Hinchey Ib-IV) frecuentemente requiere cirugía. Las técnicas incluyen procedimiento de Hartmann, resección con anastomosis primaria y laparoscopia (Tabla 3). Estudios 2019-2024 muestran tendencia hacia anastomosis primaria en pacientes seleccionados, incluso en Hinchey III.^(17,18,19)

Tabla 3. Comparación de técnicas quirúrgicas en diverticulitis complicada (2019-2024).

Técnica	Indicación	Éxito (%)	Complicaciones (%)	Mortalidad (%)	Referencias
Procedimiento de Hartmann	Hinchey III-IV Peritonitis difusa	85-90	18-22	1-3	(10,18)
Resección + anastomosis primaria	Hinchey I-III Pacientes estables	85-92	10-12	0,5-1,5	(18,19,20)
Lavado peritoneal laparoscópico	Hinchey III seleccionados Peritonitis purulenta	88-95	<8	<1	(21,22)

Fuente: Elaboración propia basada en literatura 2019-2024.

El procedimiento de Hartmann continúa siendo opción en peritonitis severa, mostrando éxito 85-90 % pero complicaciones 18-22 % y reversión de colostomía solo en 40-50 %.^(10,18) La resección con anastomosis primaria presenta mejores resultados funcionales (continuidad intestinal 90-95 %) con complicaciones menores (10-12 %).^(19,20)

La laparoscopia ha mostrado resultados prometedores (2020-2024), con éxito 88-95 % y morbilidad <8 % en pacientes seleccionados con Hinchey III sin peritonitis fecaloide.^(21,22)

Perfil de complicaciones según tratamiento

El análisis comparativo revela perfiles distintivos (Tabla 4). El tratamiento clínico presenta perfil favorable <5 %. Entre técnicas quirúrgicas, la laparoscopia muestra menores complicaciones (<8 %), seguida de anastomosis primaria (10-12 %) y Hartmann (18-22 %). La filtración anastomótica ocurre en 3-8 % de anastomosis primarias, con reoperación en 30-40 % de estos casos.^(19,20,23)

Tabla 4. Complicaciones según tipo de tratamiento (2019-2024).

Complicación	Clínico (%)	Hartmann (%)	Anastomosis (%)	Laparoscopia (%)	Referencias
Infección sitio quirúrgico	-0	12-18	5-8	2-4	(18,19,21)
Filtración anastomótica	0	0	3-8	0	(19,20,23)
Absceso residual	2-3	8-12	4-6	2-5	(15,18,21)
Reoperación	<1	8-15	3-6	2-5	(18,19,21)
Mortalidad	<1	1-3	0,5-1,5	<1	(10,18,19,21)

Fuente: Elaboración propia basada en literatura 2019-2024.

Recurrencia y factores pronósticos

Las guías actualizadas (2019-2024) no recomiendan cirugía electiva basada únicamente en número de episodios.^(6,7,24) La recurrencia tras primer episodio es 13-20 %, incrementando a 35-45 % tras segundo episodio.^(2,25) Factores asociados: edad <50 años, obesidad (IMC >30 kg/m²), tabaquismo activo, uso crónico de AINEs e inmunosupresión.^(4,25)

DISCUSIÓN

Esta revisión de literatura 2019-2024 evidencia evolución significativa hacia estrategias más conservadoras e individualizadas. Las guías actuales (European Society of Coloproctology 2020, American Society of Colon and Rectal Surgeons 2020) enfatizan tratamiento ambulatorio en casos no complicados y abandono del paradigma de cirugía basada en número de episodios.^(6,7,24) Este cambio se fundamenta en evidencia demostrando seguridad de manejo conservador con hospitalización <3 % y cirugía urgente <1 %.^(15,16)

El cuestionamiento sobre necesidad universal de antibióticos representa cambio paradigmático importante. Metaanálisis recientes (2020-2024) demostraron no inferioridad de tratamiento sin antibióticos en pacientes seleccionados, confirmando que aproximadamente 70 % pueden ser manejados sin antibióticos sin incremento en complicaciones.^(9,14) Esta estrategia reduce resistencia bacteriana, efectos adversos y costos, alineándose con principios de stewardship antimicrobiano.^(14,26)

En diverticulitis complicada, la decisión entre Hartmann y anastomosis primaria permanece controversial. Metaanálisis (2020-2023) demuestran que anastomosis primaria en pacientes seleccionados con Hinchey III presenta mortalidad similar (0,5-1,5 % vs 1-3 %) con menores complicaciones y mayor preservación de continuidad intestinal.^(18,19,20) El Hartmann implica colostomía definitiva en 50-60 %, impactando calidad de vida.^(10,18) La tendencia favorece anastomosis primaria en pacientes estables, reservando Hartmann para shock séptico o peritonitis fecaloide severa.^(19,27)

La laparoscopia ha mostrado resultados prometedores (2020-2024), particularmente en Hinchey III con peritonitis purulenta sin contaminación fecal.^(21,22) Ventajas: menor invasividad, recuperación rápida, evita colostomía. Sin embargo, evidencia proviene principalmente de series observacionales, requiriendo ensayos multicéntricos adicionales con selección estricta de pacientes.^(21,28)

Respecto a recurrencia, las guías 2019-2024 son consistentes en no recomendar cirugía basada únicamente en número de episodios.^(6,7,24) La decisión debe individualizarse considerando: severidad, impacto en calidad de vida, comorbilidades y preferencias del paciente.^(7,24) Estudios recientes demuestran que incluso después de múltiples episodios, muchos pacientes pueden ser manejados conservadoramente.⁽²⁵⁾

Las limitaciones incluyen: heterogeneidad en definiciones de complicaciones, variabilidad en criterios quirúrgicos, seguimiento variable (12-48 meses), representación limitada de población latinoamericana. Investigación futura debe enfocarse en: biomarcadores predictivos, ensayos comparando laparoscopia versus cirugía abierta, estudios de costo-efectividad, y rol de microbiota intestinal.

CONCLUSIONES

La evidencia científica reciente (2019-2024) demuestra que el abordaje de diverticulitis requiere estrategia personalizada según severidad y características del paciente. El tratamiento clínico ambulatorio representa estrategia efectiva en diverticulitis no complicada con tasa de éxito 70-80 %. Las guías actuales respaldan manejo sin antibióticos en pacientes seleccionados, reduciendo resistencia bacteriana. En diverticulitis complicada, la resección con anastomosis primaria es preferible en pacientes hemodinámicamente estables con Hinchey I-III, ofreciendo tasas de éxito 85-92 %, menores complicaciones (10-12 %) y mejor preservación intestinal comparado con Hartmann. El procedimiento de Hartmann se reserva para peritonitis fecaloide severa o shock séptico, aunque asociado con colostomía definitiva en 50-60 %. La laparoscopia emerge como alternativa prometedora en pacientes seleccionados con peritonitis purulenta (Hinchey III), con éxito 88-95 % y morbilidad <8 %, aunque requiere experiencia quirúrgica específica. Las guías actuales no recomiendan cirugía electiva basada únicamente en número de episodios. La decisión debe individualizarse considerando severidad, impacto en calidad de vida, factores de riesgo modificables y preferencias del paciente. La tendencia actual enfatiza: tratamiento conservador en casos no complicados, minimización de antibióticos innecesarios, preferencia por anastomosis primaria en pacientes seleccionados, personalización de decisiones quirúrgicas y enfoque en prevención mediante modificación de factores de riesgo.

Contribución de Autoría

DLJF: participó en la conceptualización, supervisión, metodología, administración del proyecto, redacción - revisión y edición.

DVTG: participó en la investigación, análisis formal, curación de datos, redacción - borrador original.

AFPC: participó en la investigación, visualización, redacción - borrador original.

SAMU: participó en la investigación, recursos, validación, redacción - borrador original. Todos los autores aprobaron la versión final del manuscrito.

Conflictos de Intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiamiento

Los autores no recibieron financiamiento para el desarrollo de esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tursi A, Scarpignato C, Strate LL, Lanás A, Kruis W, Lahat A, et al. Colonic diverticular disease. *Nat Rev Dis Primers*[Internet]. 2020 [citado 04 abril 2025]; 6(1): 20. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0153-5>
2. Bharucha AE, Parthasarathy G, Ditah I, Fletcher JG, Ewelukwa O, Pendlimari R, et al. Temporal trends in the incidence and natural history of diverticulitis: a population-based study. *Am J Gastroenterol*[Internet]. 2020 [citado 04 abril 2025];115(11):1812-9. Disponible en: <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000868>
3. Daniels L, Budding AE, de Korte N, Eck A, Bogaards JA, Stockmann HB, et al. Fecal microbiome analysis as a diagnostic test for diverticulitis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*[Internet]. 2020 [citado 04 abril 2025]; 39(3):557-65. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10096-019-03744-y>
4. Maguire LH, Song M, Strate LE, Giovannucci EL, Chan AT. Association of geographic and seasonal variation with diverticulitis admissions. *JAMA Surg*[Internet]. 2020 [citado 04 abril 2025]; 155(7):596-605. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2020.0529>
5. 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 [citado 04 abril 2025];15(1):32. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00313-4>
6. Schultz JK, Yaqub S, Wallon C, Blečić L, Forsmo HM, Folkesson J, et al. European Society of Coloproctology: guidelines for the management of diverticular disease of the colon. *Colorectal Dis*[Internet]. 2020 [citado 04 abril 2025]; 22(Suppl 2): 5-28. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/codi.15140>
7. Hall JF, Hardiman K, Snyder M, Orkin B, Steele S. American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the treatment of left-sided colonic diverticulitis. *Dis Colon Rectum*[Internet]. 2020 [citado 04 abril 2025]; 63(6):728-47. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000001679>
8. Jaung R, Nisbet S, Gosselink MP, Keane C, Costello SP, Kumar S, et al. Antibiotics do not reduce length of hospital stay for uncomplicated diverticulitis in a pragmatic double-blind randomized trial. *Clin Gastroenterol Hepatol*[Internet]. 2021 [citado 04 abril 2025]; 19(3): 503-10.e1. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.03.049>

9. Daniels L, Unlu C, de Korte N, van Dieren S, Stockmann HB, Vrouwenraets BC, et al. Randomized clinical trial of observational versus antibiotic treatment for a first episode of CT-proven uncomplicated acute diverticulitis. *Br J Surg*[Internet]. 2019 [citado 04 abril 2025]; 106(2): 95-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/bjs.11103>
10. Cirocchi R, Nascimbeni R, Binda GA, Di Saverio S, Desiderio J, Coratti A, et al. Laparoscopic lavage versus resection in perforated diverticulitis with purulent peritonitis: a systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2019 [citado 04 abril 2025]; 98(9):e14710. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000014710>
11. Pereira N, Vega J, Read A, Abedrapo M. Lavado peritoneal laparoscópico como tratamiento de diverticulitis aguda perforada. *Rev Chil Cir*[Internet]. 2020 [citado 04 abril 2025]; 72(2): 154-60. Disponible en: <https://doi.org/10.35687/s2452-45492020002456>
12. Regenbogen SE, Hardiman KM, Hendren S, Morris AM. Surgery for diverticulitis in the 21st century: a systematic review. *JAMA Surg*[Internet]. 2019 [citado 04 abril 2025]; 154(3): 243-51. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.4557>
13. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*[Internet]. 2021 [citado 04 abril 2025]; 372: n71. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
14. Vennix S, Morton DG, Hahnloser D, Lange JF, Bemelman WA. Systematic review of evidence and consensus on diverticulitis: an analysis of national and international guidelines. *Colorectal Dis*[Internet]. 2020 [citado 04 abril 2025]; 22(11): 1654-68. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/codi.15176>
15. Forcén PJM, Carmona ZG, Sierra IB, Márquez MF, Redondo MG, Duarte ÁR. Tratamiento ambulatorio en la diverticulitis aguda no complicada. *Cir Andal*[Internet]. 2021 [citado 04 abril 2025];32(4):463-8. Disponible en: [Revista Cirugía Andaluza | Asociación Andaluza de Cirujanos | ASAC](https://doi.org/10.35687/s2452-45492020002456)
16. Isacson D, Thorisson A, Andreasson K, Nikberg M, Smedh K, Chabok A. Outpatient, non-antibiotic management in acute uncomplicated diverticulitis: a prospective study. *Int J Colorectal Dis*[Internet]. 2020 [citado 04 abril 2025]; 35(10):1923-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00384-020-03662-w>
17. Palma ÁJM, Mainguyague MJ, Lorca JE, Schmied GIU. Terapéutica en diverticulitis aguda: una actualización de la evidencia disponible. *ARS Med Rev Cienc Méd*[Internet]. 2022 [citado 04 abril 2025]; 47(1): 35-41. Disponible en: <https://doi.org/10.11565/arsmed.v47i1.1823>
18. Bolkenstein HE, Consten ECJ, van der Palen J, van de Wall BJM, Broeders IAMJ, Draaisma WA. Long-term outcome of surgery versus conservative management for recurrent and ongoing left-sided diverticulitis. *Ann Surg*[Internet]. 2019 [citado 04 abril 2025]; 269(4): 612-20. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003033>
19. Ferrada P, Xenos E, Derhake W, Velamuri S. Emergency colon resection with primary anastomosis: a safe management strategy for complicated diverticulitis. *J Trauma Acute Care Surg*[Internet]. 2020 [citado 04 abril 2025]; 88(5): 660-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000002617>

20. Lambrichts DPV, Vennix S, Musters GD, Mulder IM, Swank HA, Hoofwijk AGM, et al. Hartmann's procedure versus sigmoidectomy with primary anastomosis for perforated diverticulitis with purulent or faecal peritonitis (LADIES): a multicentre, parallel-group, randomised, open-label, superiority trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol*[Internet]. 2019 [citado 04 abril 2025]; 4(8): 599-610. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(19\)30174-8](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30174-8)
21. Binda GA, Arezzo A, Serventi A, Bonelli L, Facchini M, Veronese E, et al. Multicentre international trial of laparoscopic lavage for Hinchey III acute diverticulitis (LLO Study). *Br J Surg*[Internet]. 2021 [citado 04 abril 2025]; 108(8): 894-902. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/bjs/znaa129>
22. Schultz JK, Wallon C, Bleicic L, Schultz M, Buchwald P, Folkesson J, et al. One-year results of the DILALA trial: laparoscopic lavage versus resection for acute perforated diverticulitis. *World J Surg*[Internet]. 2019 [citado 04 abril 2025]; 43(6): 1472-80. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00268-019-04924-5>
23. McDermott FD, Collins D, Heeney A, Winter DC. Minimally invasive and surgical management strategies tailored to the severity of acute diverticulitis. *Br J Surg*[Internet]. 2014 [citado 04 abril 2025]; 101(1): e90-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/bjs.9359>
24. Strate LL, Morris AM. Epidemiology, pathophysiology, and treatment of diverticulitis. *Gastroenterology*[Internet]. 2019 [citado 04 abril 2025]; 156(5):1282-91.e1. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.12.033>
25. Mali JP, Mentula PJ, Leppäniemi AK, Sallinen VJ. Determinants of treatment and outcomes of diverticular abscesses. *World J Emerg Surg*[Internet]. 2020 [citado 04 abril 2025]; 15: 31. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00310-7>
26. Dichman MS, Grinspan LT, Cohen-Mekelburg S, Wallace J, Sanchez-Santos MT, Syngal S, et al. Antibiotic stewardship in patients with acute diverticulitis: a systematic review. *Clin Gastroenterol Hepatol*[Internet]. 2021 [citado 04 abril 2025]; 19(7): 1332-1340. e1. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.08.062>
27. Vergara-Fernandez O, Morales-Cruz M, Armillas-Canseco F, Pérez-Soto R, Arcia-Guerra E, Trejo-Ávila M. Procedimiento de Hartmann vs. anastomosis primaria para diverticulitis Hinchey III: estudio prospectivo de casos y controles. *Rev Gastroenterol Méx*[Internet]. 2022 [citado 04 abril 2025]; 87(4): 509-512. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2022.04.007>
28. Angenete E, Thornell A, Burcharth J, Pommergaard HC, Skullman S, Bisgaard T, et al. Laparoscopic lavage is feasible and safe for the treatment of perforated diverticulitis with purulent peritonitis: the first results from the randomized controlled trial DILALA. *Ann Surg*[Internet]. 2016 [citado 04 abril 2025]; 263(1): 117-122. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001061>