

# Diverticulitis colónica aguda: experiencia en su tratamiento y predictores de recurrencia en un servicio de cirugía general

Agustina S. Hermida<sup>1</sup>, Agustín A. Alesandrini<sup>2</sup>, Juan A. Perriello<sup>2</sup>,  
Lisandro M. Álvarez<sup>3</sup>, Nadia M. Miranda<sup>3</sup>

Hospital Privado de la Comunidad, Mar Del Plata, Provincia. de Buenos Aires, Argentina

<sup>1</sup> Residente de cirugía general

<sup>2</sup> Cirujano general y coloproctólogo

<sup>3</sup> Cirujano general

## Para citar:

Hermida AS, Alesandrini AA, Perriello JA, Álvarez LM, Miranda NM. Diverticulitis colónica aguda: experiencia en su tratamiento y predictores de recurrencia en un servicio de cirugía general. *Rev Argent Coloproctol.* 2026;37(2)11-16. doi:10.46768/wwpxhp83

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista:

<https://doi.org/10.46768/wwpxhp83>

Recibido: 29-09-2025

Aceptado: 11-05-2026



© 2026 Los autores. Publicado por Revista Argentina de Coloproctología. Este artículo se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



## Correspondencia

Hermida Agustina Sol:

[hermidaagustinasol@gmail.com](mailto:hermidaagustinasol@gmail.com)

## RESUMEN

**Introducción:** La enfermedad diverticular es una patología frecuente en los países occidentales, con incidencia creciente con la edad. Si bien la mayoría de los pacientes permanece asintomática, una proporción desarrolla diverticulitis aguda, con potencial de recurrencia y complicaciones. Aunque el tratamiento médico es eficaz en la mayoría de los casos, algunos pacientes evolucionan a formas complejas que requieren intervenciones invasivas.

**Objetivo:** Describir la experiencia de nuestra institución en el manejo de la diverticulitis colónica aguda y analizar los factores predictivos de recurrencia.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y analítico de cohorte retrospectiva que incluyó pacientes con diagnóstico de diverticulitis aguda que requirieron internación para su tratamiento durante un periodo de 8 años (2013-2020), en el Servicio de Cirugía General del Hospital Privado de Comunidad.

**Resultados:** Se incluyeron 329 pacientes con una media de edad de 65 años y predominio femenino. La mayoría presentó sobrepeso u obesidad y un bajo índice de comorbilidad.

El manejo fue predominantemente conservador, reservándose las intervenciones invasivas para una minoría de los casos. El drenaje percutáneo y el lavado con drenaje abdominal mostraron buenos resultados en pacientes seleccionados, con baja necesidad de cirugía resectiva. La recurrencia se observó en aproximadamente el 25% de los pacientes. En el análisis multivariado, la edad mayor de 50 años se asoció de forma independiente con un menor riesgo de recurrencia (OR 0,47; IC95% 0,24-0,91;  $p = 0,025$ ).

**Conclusiones:** La mayoría de los pacientes con diverticulitis aguda pudo ser manejada de forma conservadora durante el primer episodio. Las estrategias miniinvasivas, como el drenaje percutáneo y el lavado y drenaje abdominal, fueron efectivas en pacientes seleccionados. La recurrencia se observó en aproximadamente una cuarta parte de los casos, y la edad mayor de 50 años se asoció de manera independiente con un menor riesgo de recurrencia. Estos hallazgos respaldan un manejo conservador e individualizado, en el que la indicación quirúrgica no debe basarse exclusivamente en la recurrencia.

**Palabras clave:** *diverticulitis aguda, recurrencia, drenaje percutáneo, lavado y drenaje*

## ABSTRACT

**Introduction:** Diverticular disease is a common condition in Western countries, with increasing incidence with age. While most patients remain asymptomatic, a proportion develop acute diverticulitis, with the potential for recurrence and complications. Although medical treatment is effective in most cases, some patients progress to complex forms requiring invasive interventions.

**Objective:** To describe our institution's experience in the management of acute colonic diverticulitis and to analyze predictive factors for recurrence.

**Materials and methods:** A retrospective cohort study was conducted, observational, descriptive, and analytical, including patients diagnosed with acute diverticulitis who required hospitalization for treatment over an 8-year period (2013-2020) in the General Surgery Department of the Hospital Privado de Comunidad.

**Results:** 329 patients were included, with a mean age of 65 years and a predominance of females. Most were overweight or obese and had a low comorbidity index. Management was predominantly conservative, with invasive interventions reserved for a minority of cases. Percutaneous drainage and abdominal lavage showed good results in selected patients, with a low need for resective surgery. Recurrence was observed in approximately 25% of patients. In multivariate analysis, age over 50 years was independently associated with a lower risk of recurrence (OR 0.47; 95% CI 0.24-0.91;  $p = 0.025$ ).

**Conclusions:** Most patients with acute diverticulitis could be managed conservatively during the first episode. Minimally invasive strategies, such as percutaneous drainage and abdominal lavage and drainage, were effective in selected patients. Recurrence was observed in approximately one-quarter of cases, and age over 50 years was independently associated with a lower risk of recurrence. These findings support a conservative and individualized approach, in which the surgical indication should not be based solely on recurrence.

**Keywords:** *acute diverticulitis, recurrence, percutaneous drainage, lavage and drainage*

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad diverticular del colon constituye una patología frecuente en los países occidentales, con una prevalencia que se incrementa con la edad, alcanzando hasta el 60–65% en individuos mayores de 60 años.<sup>1,2</sup> Aunque la mayoría de los pacientes con diverticulosis permanece asintomáticos, una proporción desarrolla diverticulitis aguda, la principal complicación clínica de la enfermedad.

La diverticulitis aguda presenta un espectro clínico variable, desde formas no complicadas hasta cuadros severos con abscesos, perforación y peritonitis, lo que condiciona diferentes estrategias terapéuticas. La clasificación de Hinchey y sus modificaciones continúa siendo una herramienta fundamental para la estratificación de la gravedad, especialmente en la evaluación tomográfica.<sup>3-6</sup> Si bien el tratamiento suele ser conservador, la recurrencia de la enfermedad y la adecuada selección de los pacientes para intervenciones más agresivas continúan representando un desafío clínico.<sup>7-11</sup>

En este contexto, persisten interrogantes con respecto a los factores asociados a la recurrencia y a la mejor estrategia terapéutica en la práctica clínica real. Existe escasa evidencia proveniente de series institucionales locales que permitan evaluar estos aspectos en nuestra población.

El estudio tuvo como objetivo primario describir de manera retrospectiva la experiencia en el manejo de pacientes hospitalizados por diverticulitis aguda en el Servicio de Cirugía General del Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata. Los objetivos secundarios fueron evaluar la relación que existe entre edad e índice de Charlson, con gravedad y necesidad de cirugía, identificar factores independientes asociados a recurrencia, comparar los resultados del manejo con antibióticos frente a cirugía en términos de complicaciones y recurrencia, y determinar el impacto del drenaje percutáneo en la evolución clínica.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y analítico de cohorte retrospectiva que incluyó pacientes con diagnóstico de diverticulitis aguda que requirieron internación para su tratamiento durante un periodo de 8 años (2013-2020), en el Servicio de Cirugía General del Hospital Privado de Comunidad.

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años internados con diagnóstico de diverticulitis aguda confirmada mediante tomografía computada. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico de diverticulitis aguda tratados de forma ambulatoria y los que presentaron un episodio de diverticulitis durante una internación por otra causa.

El manejo de la diverticulitis aguda se llevó a cabo de acuerdo con un protocolo institucional basado en la severidad del cuadro clínico y los hallazgos tomográficos, utilizando la clasificación de Hinchey modificada como herramienta de estratificación.

Los pacientes clasificados como Hinchey Ia fueron tratados de forma conservadora, con antibióticos de amplio espectro, analgesia y medidas de soporte, indicando ayuno o dieta líquida según la evolución clínica. En los pacientes con Hinchey Ib y II, el tratamiento inicial fue conservador en aquellos con quienes presentaban colecciones menores a 2-3 cm y sin signos de sepsis persistente. En presencia de abscesos mayores o refractarios al tratamiento médico, se indicó drenaje percutáneo guiado por tomografía computada, siempre que la localización y las condiciones clínicas lo permitieran. Los pacientes con diverticulitis Hinchey III, con peritonitis purulenta sin evidencia de perforación colónica franca, fueron tratados con lavado y drenaje abdominal, reservando la cirugía resectiva para aquellos con mala evolución clínica o fracaso en el control de la sepsis. En los casos Hinchey IV, con perforación colónica y peritonitis fecal, se indicó cirugía resectiva de urgencia.

Se definió como recurrencia a la segunda internación por diverticulitis aguda.

### Análisis estadístico

Las variables categóricas se expresan como proporciones y las continuas como medias con sus respectivos desvíos estándar o medianas con sus rangos intercuartiles, según distribución. Se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística binaria para identificar factores independientes asociados a la recurrencia de diverticulitis aguda. Se incluyeron en el modelo las variables con significancia estadística en el análisis bivariado ( $p < 0,20$ ), y aquellas de relevancia clínica, expresando los resultados como odds ratio (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC95%). Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Se incluyeron un total de 329 pacientes con una media de edad de 65 años. El 57,5% fueron del sexo femenino. Las características demográficas, los factores de riesgo y las comorbilidades de los pacientes con el primer episodio de diverticulitis aguda y con recurrencia se exponen en la Tabla 1. El tratamiento del primer episodio de diverticulitis aguda, así como su recurrencia se detallan en la Fig. 1. Los pacientes que presentaron un primer episodio de diverticulitis fueron tratados según la gravedad del cuadro clínico, empleando los diferentes tratamientos disponibles. Para la orientación del

manejo terapéutico, se utilizó la clasificación de Hinchey. El primer episodio de diverticulitis aguda fue tratado de manera conservadora en 267 (81,1%) pacientes. Esto se aplicó a aquellos con diverticulitis Hinchey Ia y Hinchey Ib-II. El tratamiento conservador resultó efectivo en los pacientes con colecciones menores de 2-3 cm. Las colecciones de mayor tamaño requirieron drenaje percutáneo. En el primer episodio se realizó drenaje percutáneo en 13 pacientes, con recurrencia en 5 de ellos (38,5%). Si se consideran, además, los episodios recurrentes de diverticulitis, se realizaron un total de 21 drenajes percutáneos en 20 pacientes.

Luego del drenaje percutáneo, 15 pacientes requirieron intervenciones quirúrgicas (11 electivas y 4 de urgencia). En 5 pacientes la conducta fue expectante. Un paciente requirió cirugía urgente durante la misma internación por fracaso del drenaje percutáneo, mientras que otro, con alto riesgo quirúrgico, falleció durante el seguimiento. El resto de las cirugías de urgencia se realizaron en reinternaciones posteriores. Durante el primer episodio, las indicaciones quirúrgicas correspondieron a los pacientes con diverticulitis Hinchey III-IV. En los 22 pacientes con peritonitis purulenta, la conducta inicial fue el lavado y drenaje abdominal; durante el seguimiento, 1 (4,5%) requirió reinternación y drenaje percutáneo guiado por tomografía computarizada y otros 4 (18,2%) requirieron posteriormente cirugía programada. No se registraron cirugías de urgencia ni mortalidad en este grupo. En los 23 pacientes con peritonitis fecal, se realizó cirugía resectiva de urgencia (17 procedimientos de Hartmann y 6

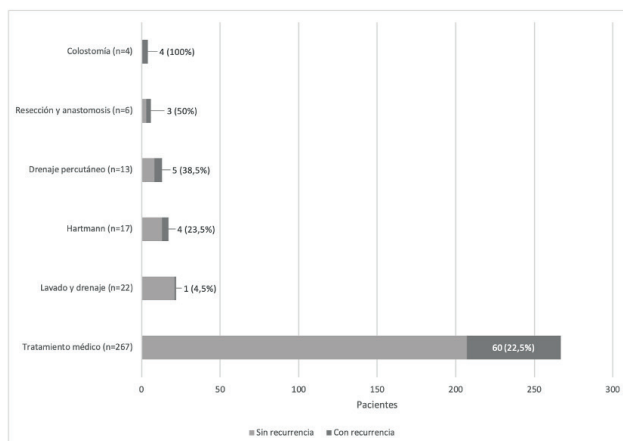


Figura 1. Recurrencia luego del primer episodio de diverticulitis aguda de acuerdo al tipo de tratamiento establecido.

resecciones con anastomosis primaria) (Fig. 1). La mortalidad fue del 17,4% (4/23), observándose exclusivamente en pacientes mayores de 83 años.

La recurrencia global luego del primer episodio fue del 23,4% (77/329) (Fig. 1). El 22,5% (60/267) de los pacientes cuyo primer episodio fue tratado de forma exclusivamente médica presentaron recurrencia durante el seguimiento. Entre los pacientes que presentaron recurrencia luego de un primer episodio tratado médicamente, 48 (80%) fueron manejados nuevamente de forma conservadora, mientras que los 12 res-

Tabla 1. Características demográficas, factores de riesgo y comorbilidades en pacientes con primer episodio y recurrencia de diverticulitis colónica aguda.

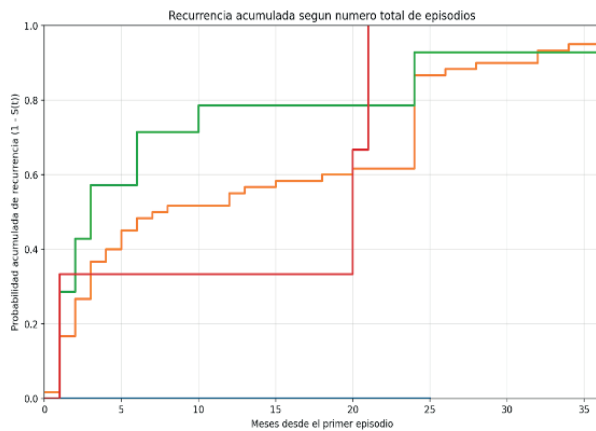
Variables	Casos totales n = 329	Recurrencia n = 77	No recurrencia n = 252	P
Edad, n (%)				
≤ 50	106 (32,2)	32 (41,5)	74 (29)	0,0210
> 50	223 (67,8)	33 (43)	134 (53)	
Sexo, n (%)				
Masculino	140 (42,5)	32 (41,5)	108 (42,8)	0,8442
Femenino	189 (57,5)	45 (58,5)	144 (57,2)	0,8442
Obesidad/Sobrepeso, n (%)	230 (70)	52 (67)	178 (70)	0,6022
Índice de comorbilidad de Charlson, n (%)				
< 4	315 (95,7)	76 (99)	239 (94,8)	0,1427
≥ 4	14 (4,2)	1 (1)	13 (5,2)	0,1427
Inmunosupresión/ Inmunosupresores, n (%)	15 (4)	3 (3)	12 (4,7)	0,7942
Diabetes, n (%)	60 (18)	11 (3,3)	49 (19,4)	0,3113
Cardiopatía, n (%)	94 (28,5)	24 (31)	70 (27,7)	0,5636
Tabaquismo, n (%)	145 (44)	29 (37)	116 (46)	0,1985
Neoplasia, n (%)	27 (8)	4 (5)	23 (9)	0,2812
Nefropatía, n (%)	18 (4)	2 (2)	16 (6,3)	0,2126

tantes (20%) requirieron de tratamientos invasivos: 5 drenajes percutáneos, 1 lavado y drenaje abdominal, 4 operaciones de Hartmann y 2 resecciones con anastomosis primaria. En el análisis multivariado, la edad > 50 años se asoció de manera independiente con menor riesgo de recurrencia (OR 0,47; IC95% 0,24–0,91;  $p = 0,025$ ). Ninguna de las demás variables incluidas en el modelo mostró asociación estadísticamente significativa tras el ajuste (Tabla 2).

**Tabla 2.** Factores asociados con recurrencia de diverticulitis en el modelo de regresión logística multivariado. Se muestran odds ratios (OR) ajustados con IC95% para las cinco variables incluidas.

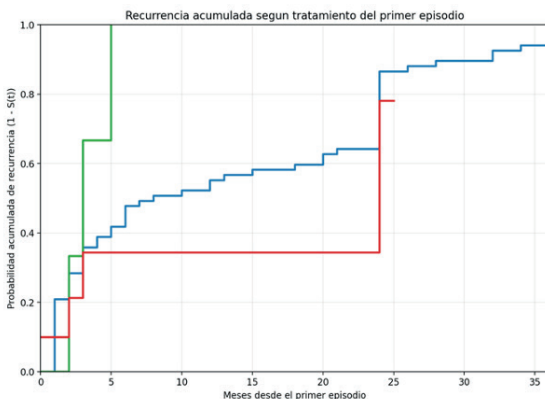
Variables	OR	IC95%	<i>p</i>
Edad > 50 años	0,47	0,24–0,91	0,025
Sexo masculino	0,82	0,47–1,44	0,489
Charlson ≥ 4	0,46	0,13–1,61	0,224
Tabaquismo (sí)	0,81	0,47–1,38	0,435
Hinchey ≥ II (vs ≤ I)	1,23	0,62–2,46	0,549

El análisis temporal mostró un incremento progresivo de la incidencia acumulada de recurrencia a lo largo del seguimiento (Fig. 2). Como es esperable, los pacientes sin recurrencia permanecieron censurados sin eventos, mientras que los grupos con mayor número total de episodios mostraron una acumulación más temprana de nuevos episodios. Sin embargo, dado que los grupos fueron definidos según el número total de episodios observados, esta figura debe interpretarse como una descripción del patrón temporal de recurrencia y no como una comparación predictiva de riesgo entre grupos. Asimismo, el análisis temporal de la recurrencia según el tratamiento realizado durante el primer episodio mostró diferencias en la acumulación de nuevos eventos entre los grupos (Fig. 3). Los pacientes tratados médicamente presentaron una acumulación progresiva de recurrencias durante el seguimiento, mientras que los pacientes tratados con lavado y drenaje mostraron recurrencias más tempranas. En el grupo “otros”, la acumulación de eventos fue menor y más tardía. Estos hallazgos deben interpretarse con cautela debido al bajo número de pacientes en los grupos quirúrgicos y de tratamiento invasivo.



Grupo	n	Eventos	Sin nuevos eventos
1	6	0	6
2	60	60	0
3	14	14	0
4	3	3	0

**Figura 2.** Incidencia acumulada de recurrencia de la diverticulitis aguda ( $1 - S(t)$ ) según el número total de episodios (grupos de 1: sin recurrencia, grupo 2: una recurrencia, grupo 3: dos recurrencias, grupo 4: tres recurrencias). El tiempo se expresa en meses desde el primer episodio. Se definió recurrencia como una segunda internación, y “meses desde el primer episodio” como intervalo entre hospitalizaciones. Los pacientes sin recurrencia se censuraron en el último seguimiento.



Grupo	n	Eventos	Sin nuevos eventos
Tratamiento médico	67	67	0
Lavado y drenaje	6	5	1
Otros	10	5	5

**Figura 3.** Incidencia acumulada de recurrencia de la diverticulitis aguda ( $1 - S(t)$ ) según el tipo de tratamiento realizado durante el primer episodio. El tiempo se expresa en meses desde el primer episodio. Se definió recurrencia como una segunda internación, y “meses desde el primer episodio” como intervalo entre hospitalizaciones. Los pacientes sin recurrencia se censuraron en el último seguimiento.

## DISCUSIÓN

La enfermedad diverticular del colon constituye una de las patologías más frecuentes en la práctica quirúrgica, particularmente en poblaciones de edad avanzada. En nuestra serie, la edad promedio de presentación fue de 65 años, en concordancia con lo reportado en la literatura internacional.<sup>12-16</sup> Su elevada prevalencia en países occidentales y el aumento progresivo de la incidencia con la edad explican el impacto significativo que la diverticulitis aguda tiene sobre los sistemas de salud, tanto por la necesidad de internación como por el potencial requerimiento de intervenciones invasivas.

Diversos estudios han demostrado que la mayoría de los episodios de diverticulitis aguda presentan una evolución favorable con tratamiento médico, reservándose las intervenciones quirúrgicas para los cuadros complicados o con mala evolución clínica. En nuestra experiencia institucional, el 81% de los pacientes fue manejado de forma conservadora durante el primer episodio, lo que respalda la eficacia del tratamiento médico en los casos no complicados y resulta consistente con lo reportado en series contemporáneas. Estos hallazgos adquieren particular relevancia en el contexto actual, en el cual las guías de práctica clínica recomiendan un enfoque cada vez más selectivo y menos invasivo, promoviendo la individualización de las decisiones terapéuticas según las características clínicas y radiológicas de cada paciente.

La estratificación de la gravedad mediante la clasificación de Hinchey continúa siendo una herramienta central en la toma de decisiones terapéuticas. En nuestra cohorte, los pacientes clasificados como Hinchey Ia fueron tratados exclusivamente con antibióticos y medidas de soporte, mientras que en los estadios Ib y II se priorizó el tratamiento conservador en presencia de colecciones pequeñas, reservando el drenaje percutáneo para abscesos de mayor tamaño. Este enfoque escalonado permitió un adecuado control de la sepsis en la mayoría de los casos, con una baja tasa de conversión a cirugía, en concordancia con lo descrito en otras series y con las recomendaciones internacionales.<sup>17-25</sup>

El drenaje percutáneo se consolidó en nuestra experiencia como una estrategia efectiva en pacientes con Hinchey II, permitiendo resolver el episodio agudo sin necesidad de cirugía inmediata en la mayoría de los casos. Si bien un porcentaje de estos pacientes presentó recurrencia, la necesidad de cirugía de urgencia posterior fue baja, lo que respalda el rol del drenaje percutáneo como una herramienta terapéutica válida y segura.

En los cuadros más graves, correspondientes a diverticulitis Hinchey III y IV, las decisiones quirúrgicas fueron condicionadas por el estado clínico del paciente y los hallazgos intraoperatorios. En los casos de peritonitis purulenta sin evidencia de perforación franca, con el lavado y drenaje ab-

dominal se logró un control efectivo de la infección en un alto porcentaje de los pacientes, con baja mortalidad y una proporción significativa de enfermos, superior al 80%, que no requirieron cirugía resectiva posterior. Estos resultados se alinean con publicaciones que proponen el lavado y drenaje como una alternativa válida en pacientes cuidadosamente seleccionados, aunque su indicación continúa siendo motivo de debate.<sup>24,25</sup> En cambio, todos los pacientes con peritonitis fecal recibieron cirugía resectiva, con una mortalidad del 17,4%.

La recurrencia de la diverticulitis aguda constituye uno de los principales desafíos en el seguimiento de estos pacientes. En nuestra serie, el 23% de los pacientes presentó al menos un episodio recurrente luego del primer episodio, cifra comparable a la comunicada en la literatura.<sup>2,5,20</sup>

En nuestro estudio, la edad >50 años se asoció de manera independiente con un menor riesgo de recurrencia, lo que sugiere que la evolución no depende exclusivamente de la edad. La mayoría de las recurrencias no requirió tratamiento quirúrgico. Estos hallazgos respaldan el manejo individualizado de la diverticulitis aguda, en el que la indicación de cirugía no debe basarse en la edad ni en el número de episodios, sino en la gravedad del cuadro, las comorbilidades y el impacto en la calidad de vida. Este enfoque es consistente con las guías internacionales y las recomendaciones de las principales sociedades científicas, que desaconsejan la resección electiva basada en criterios aislados.<sup>26-31</sup>

Finalmente, si bien nuestro estudio aporta una casuística significativa y refleja la práctica real de un servicio de cirugía general, presenta limitaciones inherentes a su diseño retrospectivo. En este sentido, la información analizada proviene de registros clínicos previamente confeccionados, lo que puede implicar datos incompletos, falta de estandarización en la recolección de variables y posible sesgo de información. Asimismo, la selección de pacientes no fue controlada de manera prospectiva, lo que introduce un potencial sesgo de selección. No obstante, el análisis multivariado permitió identificar factores asociados de manera independiente a la recurrencia. Estudios prospectivos serán necesarios para validar estos hallazgos.

## CONCLUSIONES

La diverticulitis aguda constituye una patología frecuente en la práctica quirúrgica, cuya evolución clínica es heterogénea y requiere un abordaje individualizado. En nuestra experiencia institucional, la mayoría de los pacientes pudo ser manejado de forma conservadora durante el primer episodio, con buenos resultados clínicos y baja necesidad de cirugía.

Las estrategias miniinvasivas, como el drenaje percutáneo y el lavado y drenaje abdominal, demostraron ser alternativas tera-

péuticas efectivas en pacientes seleccionados, permitiendo en muchos casos evitar la cirugía resectiva en el contexto agudo. La recurrencia se observó en aproximadamente una cuarta parte de los pacientes. En el análisis multivariado, la edad mayor de 50 años se asoció de manera independiente con menor riesgo de recurrencia, mientras que otras variables clínicas no mostraron asociación significativa.

En conjunto, estos hallazgos respaldan un enfoque terapéutico conservador y escalonado, en el que la indicación quirúrgica no debe basarse exclusivamente en la recurrencia, sino en una evaluación integral del paciente y de la gravedad del cuadro clínico.

#### Contribuciones:

ASH: investigación, curación de datos, recolección de datos y redacción del borrador original. AAA: conceptualización, metodología, supervisión, investigación, redacción del borrador original, revisión y edición del manuscrito. JAP: supervisión, validación, análisis formal, revisión y edición del manuscrito. LMA: recolección de datos, curación de datos e investigación. NMM: recolección de datos, curación de datos e investigación. Todos los autores participaron en la revisión crítica del manuscrito y aprobaron su versión final.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

Declaración de disponibilidad de datos: Los datos son de acceso público.

#### ORCID:

Hermida AS: <https://orcid.org/0009-0001-1382-6309>

Alesandrini AA.: <https://orcid.org/0000-0002-9821-8360>

Perriello JA: <https://orcid.org/0009-0000-2798-5979>

Álvarez LM: <https://orcid.org/0009-0000-2798-5979>

Miranda NM: <https://orcid.org/0009-0002-6109-6731>

## REFERENCIAS

- Buie LA. Diverticula of the colon. *N Engl J Med*. 1939;221:593-8. doi: 10.1056/NEJM193910192211601.
- Parks TG. Natural history of diverticular disease of the colon. A review of 521 cases. *Br Med J*. 4(5684):639-42 doi: 10.1136/bmj.4.5684.639.
- Oomen JLT, Engel AF, Cuesta MA. Outcome of elective primary surgery for diverticular disease of the sigmoid colon: a risk analysis based on the POSSUM scoring system. *Colorectal Dis*. 2006;8: 91-7.
- Yamada T. *Manual de Gastroenterología*. Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- Chautems RC, Ambrosetti P, Ludwig A, Mermillod B, Morel P, Soravia C. Long-term follow-up after first acute episode of sigmoid diverticulitis: is surgery mandatory?: a prospective study of 118 patients. *Dis Colon Rectum*. 2002;45: 962-6.
- Petruzzello C, Marannino M, Migneco A, Brigida M, Saviano A, Piccioni A, et al. The efficacy of a mix of three probiotic strains in reducing abdominal pain and inflammatory biomarkers in acute uncomplicated diverticulitis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2019;23: 9126-33.
- Shah SD, Cifu AS. Management of acute diverticulitis. *JAMA*. 2017;318: 291-2.
- Hinchey EJ, Schaal PG, Richards GK. Treatment of perforated diverticular disease of the colon. *Adv Surg*. 1978;12: 85-109.
- Klarenbeek BR, de Korte N, van der Peet DL, Cuesta MA. Review of current classifications for diverticular disease and a translation into clinical practice. *Int J Colorectal Dis*. 2012;27: 207-14.
- Köhler L, Sauerland S, Neugebauer E. Diagnosis and treatment of diverticular disease: results of a consensus development conference. The Scientific Committee of the European Association for Endoscopic Surgery. *Surg Endosc*. 1999;13:430-6.
- Feingold D, Steele SR, Lee S, Kaiser A, Boushey R, Buie WD, et al. Practice parameters for the treatment of sigmoid diverticulitis. *Dis Colon Rectum*. 2014;57(3):284-94. doi: 10.1097/DCR.000000000000075.
- Sartelli M, Weber DG, Kluger Y, Ansaloni L, Coccolini F, Abu-Zidan F. 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. doi: 10.1186/s13017-020-00313-4.
- Turunen P, Wikström H, Carpelan-Holmström M, Kairaluoma P, Kruuna O, Scheinin T. Smoking increases the incidence of complicated diverticular disease of the sigmoid colon. *Scand J Surg*. 2010;99:14-7.
- Cologne KG, Skiada D, Beale E, Inaba K, Senagore AJ, Demetriades D. Effects of diabetes mellitus in patients presenting with diverticulitis: clinical correlations and disease characteristics in more than 1,000 patients. *J Trauma Acute Care Surg*. 2014;76:704-9.
- Van de Wall BJM, Draaisma WA, Van der Kaaij RT, Consten ECJ, Wierzer MJ, Broeders I. The value of inflammation markers and body temperature in acute diverticulitis. *Colorectal Dis*. 2013;15:621-6.
- Nizri E, Spring S, Ben-Yehuda A, Khatib M, Klausner J, Greenberg R. C-reactive protein as a marker of complicated diverticulitis in patients on anti-inflammatory medications. *Tech Coloproctol*. 2014;18:145-9.
- Bolkenstein HE, van de Wall BJM, Consten ECJ, Broeders IAMJ, Draaisma WA. Risk factors for complicated diverticulitis: systematic review and meta-analysis. *Int J Colorectal Dis*. 2017;32:1375-83.
- Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40:373-83.
- Lambrichts DPV, Bolkenstein HE, van der Does DCHE, Dieleman D, Crolla RMPH, Dekker JWT, et al. Multicentre study of non-surgical management of diverticulitis with abscess formation. *Br J Surg*. 2019;106:458-66.
- Lamb MN, Kaiser AM. Elective resection versus observation after nonoperative management of complicated diverticulitis with abscess: a systematic review and meta-analysis. *Dis Colon Rectum*. 2014;57:1430-40.
- Toorenvliet BR, Swank H, Schoones JW, Hamming JF, Bemelman WA. Laparoscopic peritoneal lavage for perforated colonic diverticulitis: a systematic review. *Colorectal Dis*. 2010;12: 862-7.
- Cirocchi R, Trastulli S, Vettoretto N, Milani D, Cavaliere D, Renzi C, et al. Laparoscopic peritoneal lavage: a definitive treatment for diverticular peritonitis or a "bridge" to elective laparoscopic sigmoidectomy?: a systematic review. *Medicine*. 2015;94: e334.
- Swank HA, Vermeulen J, Lange JF, Mulder IM, van der Hoeven JAB, Stassen LPS, et al. The ladies trial: laparoscopic peritoneal lavage or resection for purulent peritonitis and Hartmann's procedure or resection with primary anastomosis for purulent or faecal peritonitis in perforated diverticulitis (NTR2037). *BMC Surg*. 2010;10:29. doi: 10.1186/1471-2482-10-29.
- Thornell A, Angenete E, Gonzales E, Heath J, Jess P, Läckberg Z, et al. Treatment of acute diverticulitis laparoscopic lavage vs. resection (DILALA): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2011;12:186. doi: 10.1186/1745-6215-12-186.
- Schultz JK, Yaqub S, Wallon C, Blečić L, Forsmo HM, Folkesson J, et al. laparoscopic lavage vs primary resection for acute perforated diverticulitis: the SCANDIV randomized clinical trial. *JAMA*. 2015;314:1364-75.
- Peery AF, Shaukat A, Strate LL. AGA Clinical practice update on medical management of colonic diverticulitis: expert review. *Gastroenterology*. 2021;160(3):906-11.
- Young-Fadok TM. Diverticulitis. *N Engl J Med*. 2018;379:1635-42.
- Sacks OA, Hall J. Management of diverticulitis: a review. *JAMA Surg*. 2024;159(6):696-703. doi: 10.1001/jamasurg.2023.8104.
- Mizuki A, Nagata H, Tatemichi M, Kaneda S, Tsukada N, Ishii H, et al. The out-patient management of patients with acute mild-to-moderate colonic diverticulitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;21:889-97.
- Ünlü Ç, Gunadi PM, Gerhards MF, Boermeester MA, Vrouwenraets BC. Outpatient treatment for acute uncomplicated diverticulitis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2013;25:1038-43.
- Macarena Fernández A., Joaquín Irrarázaval E., Andrés Larach K., Leonardo Espíndola S. Manejo del absceso diverticular. *Rev Argent Coloproct*. 2013;24(2):73-7.