

Diverticulitis cecal que simula cuadro de apendicitis en paciente con abdomen agudo quirúrgico; reporte de caso

Cecal diverticulitis that simulates appendicitis in a patient with acute surgical abdomen; case report

José Vicente Fonseca Barragán ¹ [0009-0003-9489-6185], Krystell Maitte Aguilera Mosquera ² [0009-0009-8485-054X],
Walter Javier Echeverría Ordoñez ³ [0009-0007-6816-8597], Karellys Cristina Valencia Valladolid ⁴ [0009-0007-3150-1587],
Hugo Francisco Rosales Aguilar ⁵ [0000-0001-9434-0169], Wagner Rogelio Toala Saritama ⁶ [0009-0003-0988-8157],
Jackeline Maribi Quishpe Ayala ⁷ [0000-0003-3723-1323]

^{1, 4, 7} Ministerio De Salud Pública. Ecuador, ^{2, 3, 5, 6} Hospital IESS Machala. Ecuador

¹ jfonsecab@gmail.com, ² kryssrock94@gmail.com, ³ walterete_javier@hotmail.com, ⁴ karelyscristina@gmail.com,
⁵ hrosales.md@gmail.com, ⁶ toalawagner7@gmail.com, ⁷ jackelinequishpe15@gmail.com.

CITA EN APA:

Fonseca Barragán, J. V., Aguilera Mosquera, K. M., Echeverría Ordoñez, W. J., Valencia Valladolid, K. C., Rosales Aguilar, H. F., Toala Saritama, W. R., & Quishpe Ayala, J. M. (2025). Diverticulitis cecal que simula cuadro de apendicitis en paciente con abdomen agudo quirúrgico; reporte de caso. *Tesla Revista Científica*, 5(1), e462.
<https://doi.org/10.55204/trc.v5i1.e462>

Recibido: 2024-11-15

Revisado: 2024-11-26-2024-12-22

Corregido: 2025-01-07

Aceptado: 2025-01-15

Publicado: 2025-01-20

TESLA

Revista Científica
ISSN: 2796-9320



Los contenidos de este artículo están bajo una licencia de Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Los autores conservan los derechos morales y patrimoniales de sus obras.

The contents of this article are under a Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) license. The authors retain the moral and patrimonial rights of their works.

Resumen.

Introducción: la enfermedad diverticular del colon causa numerosas hospitalizaciones y altos costos en atención médica, siendo la diverticulitis cecal, rara y confusa con diversas patologías que afectan a los órganos del cuadrante inferior derecho, diagnosticándose a menudo quirúrgicamente.

Objetivo: Presentar un caso de diverticulitis cecal que se presentó como un cuadro de abdomen agudo que simulaba una apendicitis aguda.

Exposición del caso: masculino atendido en un hospital de segundo nivel de Esmeraldas, Ecuador, con cuadro de abdomen agudo inflamatorio, inicialmente sospechoso de apendicitis, en quien, durante la cirugía, se diagnosticó diverticulitis cecal única con isquemia y necrosis. Por lo que se analizó su historial médico para detallar su evolución y tratamiento.

Conclusiones: la diverticulitis cecal, aunque menos frecuente que la del colon sigmoide, está aumentando entre jóvenes, asociada a factores de riesgo como obesidad y tabaquismo. Los síntomas, como dolor en el cuadrante inferior derecho, pueden confundirse con otras afecciones, requiriendo diagnósticos tempranos y un enfoque clínico individualizado. El tratamiento conservador es eficaz en casos no complicados, mientras que los complicados suelen requerir cirugía. Las tasas de complicaciones son mayores en adultos mayores, subrayando la importancia de un manejo oportuno.

Palabras Clave: Abdomen agudo, Divertículo cecal, Diverticulitis, Ciego, Apéndice

Abstract:

Introduction: diverticular disease of the colon causes numerous hospitalizations and high costs in medical care, with cecal diverticulitis being rare and confusing with various pathologies that affect the organs of the right lower quadrant, often diagnosed surgically.

Objective: To present a case of cecal diverticulitis that presented as an acute abdomen that simulated acute appendicitis.

Case presentation: male treated at a second level hospital in Esmeraldas, Ecuador, with acute inflammatory abdomen, initially suspected of appendicitis, in whom, during surgery, single cecal diverticulitis with ischemia and necrosis was diagnosed. Therefore, his medical history was analyzed to detail his evolution and treatment.

Conclusions: cecal diverticulitis, although less frequent than that of the sigmoid colon, is increasing among young people, associated with risk factors such as obesity and smoking. Symptoms, such as right lower quadrant pain, can be confused with other conditions, requiring early diagnoses and an individualized clinical approach. Conservative treatment is effective in uncomplicated cases, while complicated cases usually require surgery. Complication rates are higher in older adults, underscoring the importance of timely management.

Keywords: Acute abdomen, Cecal diverticulum, Diverticulitis, Cecum, Appendix

INTRODUCCIÓN

La enfermedad diverticular del colon es una de las principales causas de hospitalizaciones y representa un gasto considerable en la atención médica en sociedades occidentales e industrializadas. En Estados Unidos, la diverticulitis aguda ocupa el tercer lugar entre las enfermedades gastrointestinales que requieren ingreso hospitalario y es la principal razón para realizar una resección electiva del colon.¹

Siendo la diverticulitis cecal una condición poco frecuente que implica la inflamación de un divertículo en el ciego. A menudo, se presenta como dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho y puede confundirse con apendicitis aguda, dado que comparten síntomas similares, como dolor abdominal, sensibilidad, fiebre leve y aumento de glóbulos blancos.¹

Diagnosticar la diverticulitis cecal puede ser complicado, y frecuentemente se identifica durante la cirugía, ya que las imágenes preoperatorias y la evaluación clínica a menudo llevan a confundirla con apendicitis u otras enfermedades, como neoplasias. Las tomografías computarizadas (TC) son útiles para diferenciar la diverticulitis cecal de la apendicitis, especialmente cuando se considera un tratamiento conservador.²

Las estrategias de tratamiento varían, siendo en casos no complicados, el tratamiento conservador que incluye antibióticos, reposo intestinal y rehidratación puede ser suficiente. Sin embargo, en situaciones más complejas, como perforación o formación de abscesos, suele ser necesaria la intervención quirúrgica. Las opciones quirúrgicas, que pueden incluir diverticulectomía, hemicolectomía derecha o ileocectomía, dependen de la gravedad de la enfermedad y los hallazgos durante la operación. La elección del procedimiento quirúrgico se ve afectada por factores como la presencia de múltiples divertículos, sospechas de enfermedad neoplásica o inflamación extensa.³

EXPOSICIÓN DEL CASO

Se trató de un paciente masculino de 44 años, sin antecedentes médicos relevantes, que acude a la unidad de salud debido a un cuadro de dolor abdominal localizado en el cuadrante inferior derecho. El cual se ha acompañado de episodios de náuseas y vómitos de contenido alimenticio en al menos dos ocasiones. Menciona haberse automedicado sin obtener alivio, y decide buscar atención médica ante la evolución y persistencia de los síntomas gastrointestinales.

A la evaluación inicial por nuestro servicio, se recogieron los siguientes hallazgos clínicos:

Examen físico general

- Tensión arterial: 120/65 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 90 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 19 respiraciones por minuto, sin signos de dificultad respiratoria.
- Saturación de oxígeno: 97% en aire ambiente.
- Temperatura: 36,2°C.

Examen físico regional

Orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow de 15/15.

Mucosas orales secas.

Tórax: simétrico, con movimientos respiratorios normales. Auscultación cardiopulmonar sin ruidos patológicos; ruidos cardíacos rítmicos y normofonéticos, con murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin agregados.

Abdomen: sin cicatrices quirúrgicas visibles, doloroso a la palpación profunda en cuadrante inferior derecho, con signos de Dumphy, Mc Burney, Blumberg, Rovsing positivos; Los ruidos hidroaéreos estaban normales.

En base a los hallazgos, se planteó un diagnóstico diferencial inicial clínico que incluyó la posibilidad de un abdomen agudo inflamatorio a descartar una apendicitis aguda, por lo que se procedió a realizar estudios complementarios para confirmar el diagnóstico y decidir el abordaje terapéutico adecuado.

Exámenes Paraclínicos: los exámenes de laboratorio realizados tanto la biometría como la química sanguínea se reportan en la [Tabla 1].

Tabla 1. Resultados de exámenes de laboratorio

Biometría Hemática		
Leucocitos: 11.5		
Neutrófilos: 59 %		
Hemoglobina: 15.2		
Hematocrito: 44	Plaquetas: 298	
Electrolitos: NA: 136	K: 4.2	CL: 107
Tiempos: TP: 14.1	TPT: 40	INR: 1.27
Química Sanguínea		
Glucosa: 96		
Urea: 34		
Creatinina: 1		

Fuente: Elaboración propia

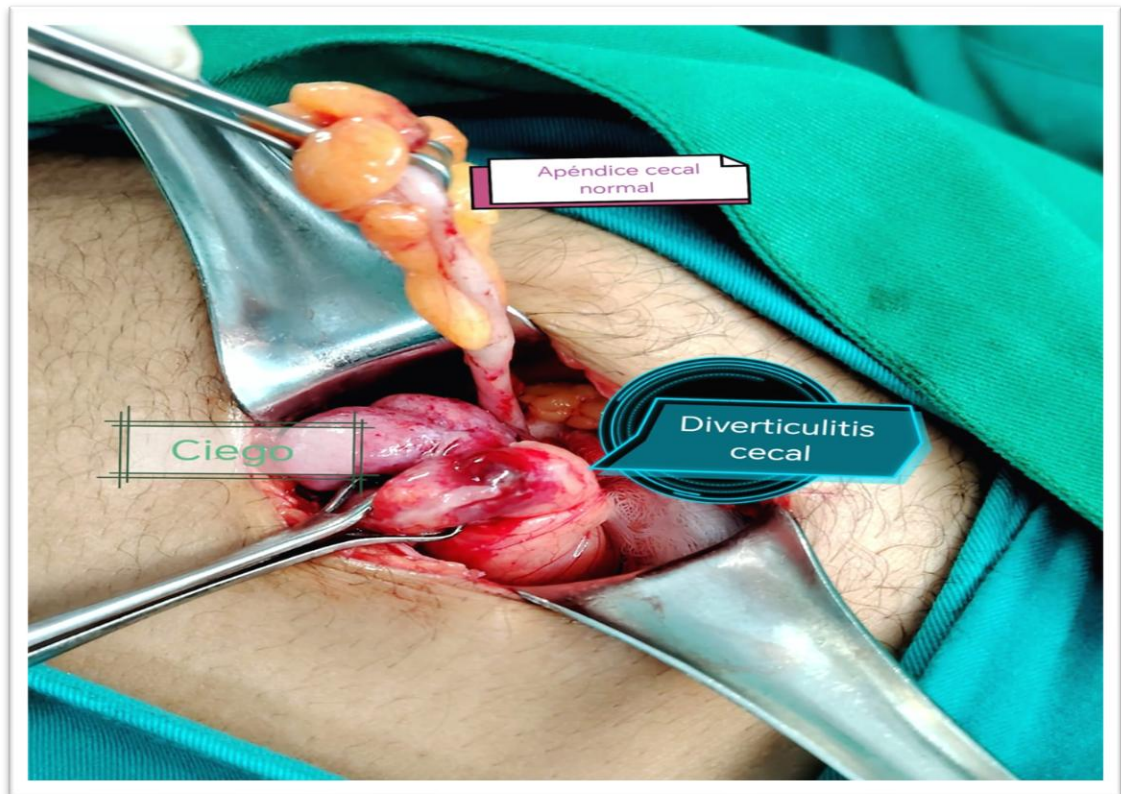
Se realiza una ecografía particular donde se reporta aparente imagen aperistáltica más cambios inflamatorios de la grasa y líquido libre escaso en cuadrante inferior derecho.

Con el cuadro clínico descrito, los resultados de laboratorios y el hallazgo de imagen se consideró se trataba de un abdomen agudo inflamatorio por apendicitis aguda, por lo que se decide la realización de una intervención quirúrgica, procediendo bajo anestesia raquídea, a realizar incisión de Mc Burney, profundización por planos hasta llegar a cavidad abdominal identificando los siguientes hallazgos:

- Líquido inflamatorio en cuadrante inferior derecho escaso
- Apéndice de ubicación retroileal de $\pm 8 \times 0.5$ cm de características normales [figura 1]
- Base apendicular de buena calidad.

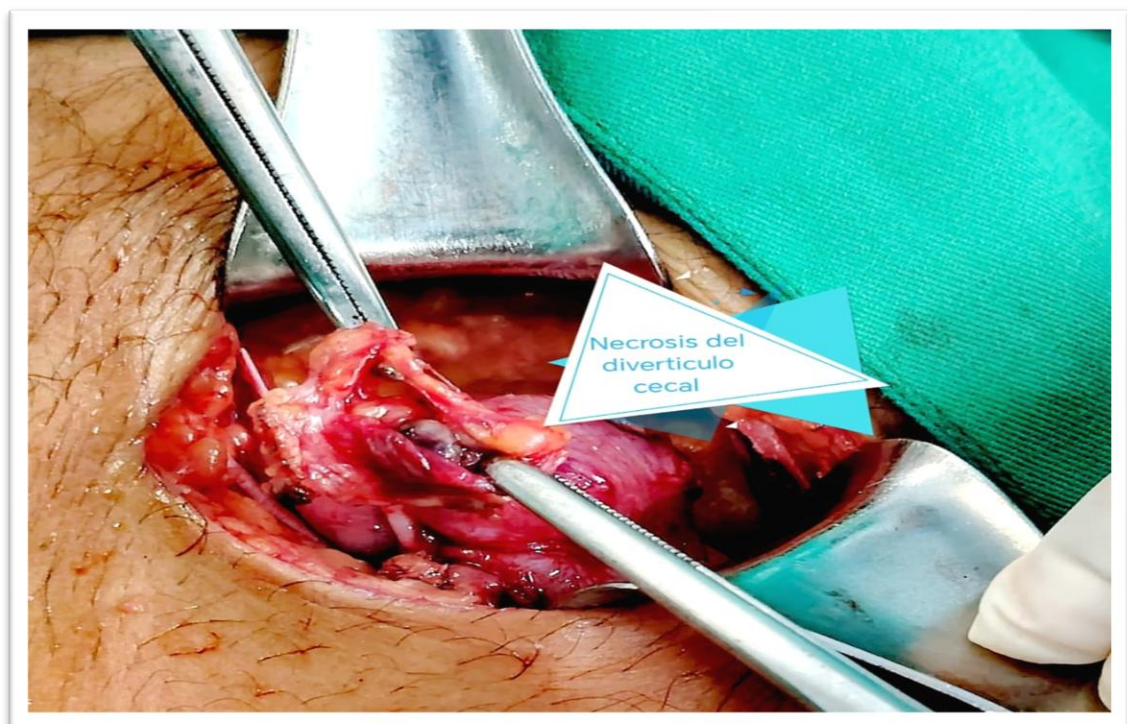
□ Divertículo cecal único antero-lateral a la tenia anterior del colon de características necróticas en su punta [figura 2] con una longitud de aproximadamente 2.5 cm por 1.5 cm de diametro, más inflamación de tejido peridiverticular. [figura 3]

Figura 1: Hallazgos transquirurgicos donde se observa el apendice cecal de características normales más un divertículo cecal único con cambios isquémico-necróticos

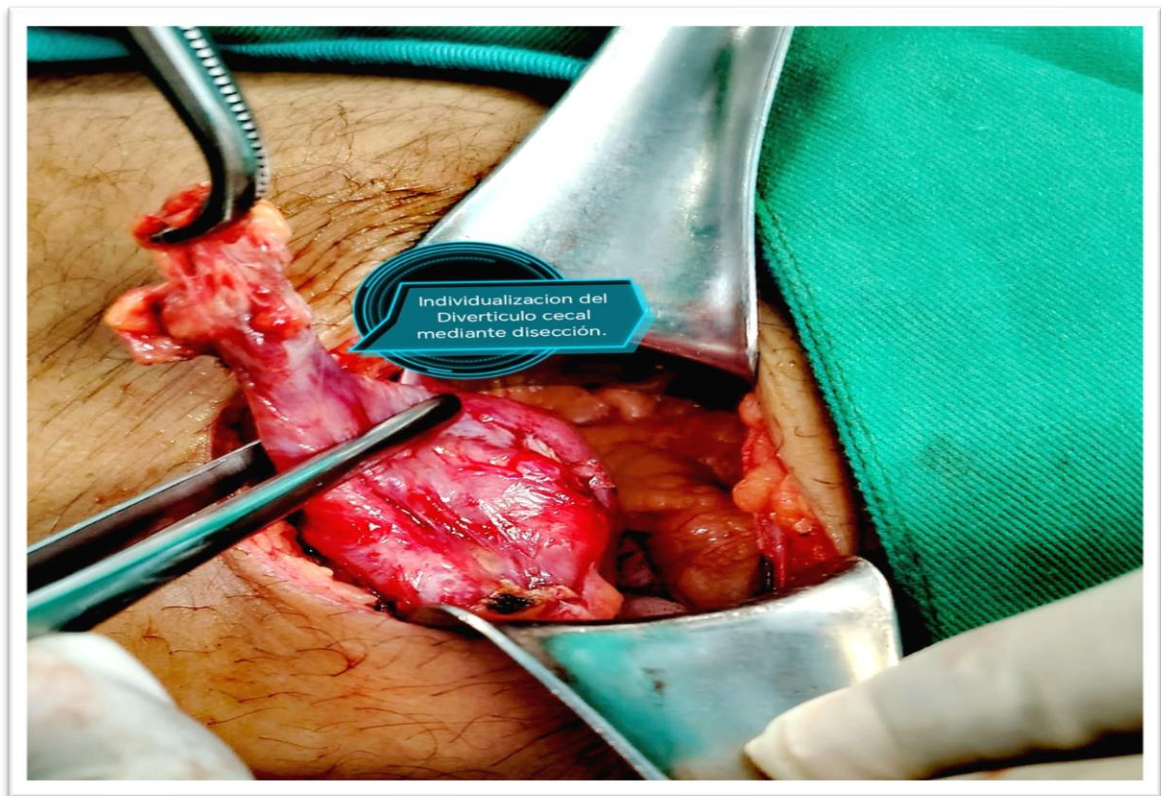


Fuente: Elaboración propia.

Figura 2: Evidencia macroscópica de cambios isquémico-necróticos en divertículo cecal único

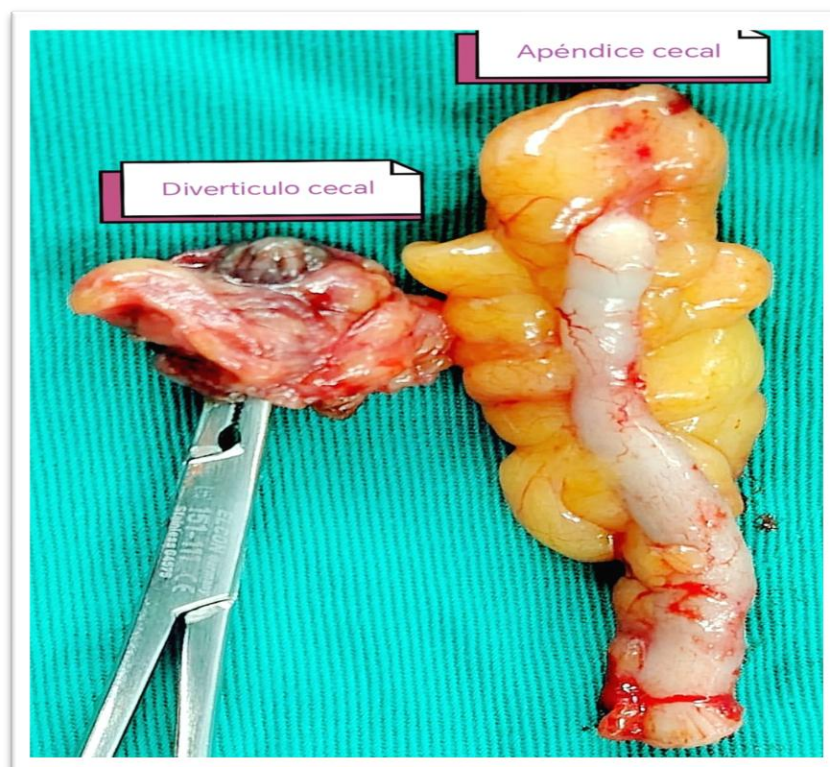


Fuente: Elaboración propia.

Figura 3: Individualización del divertículo cecal mediante disección

Fuente: Elaboración propia.

Con estos hallazgos se procedió a realizar una apendicetomía incidental abierta más disección del divertículo cecal para una correcta individualización y posterior realización de diverticulectomía del divertículo cecal más rafia en 2 planos y colocación de parche de epiplón además de colocación de dren a nivel de fondo de saco recto vesical. [figura 4]

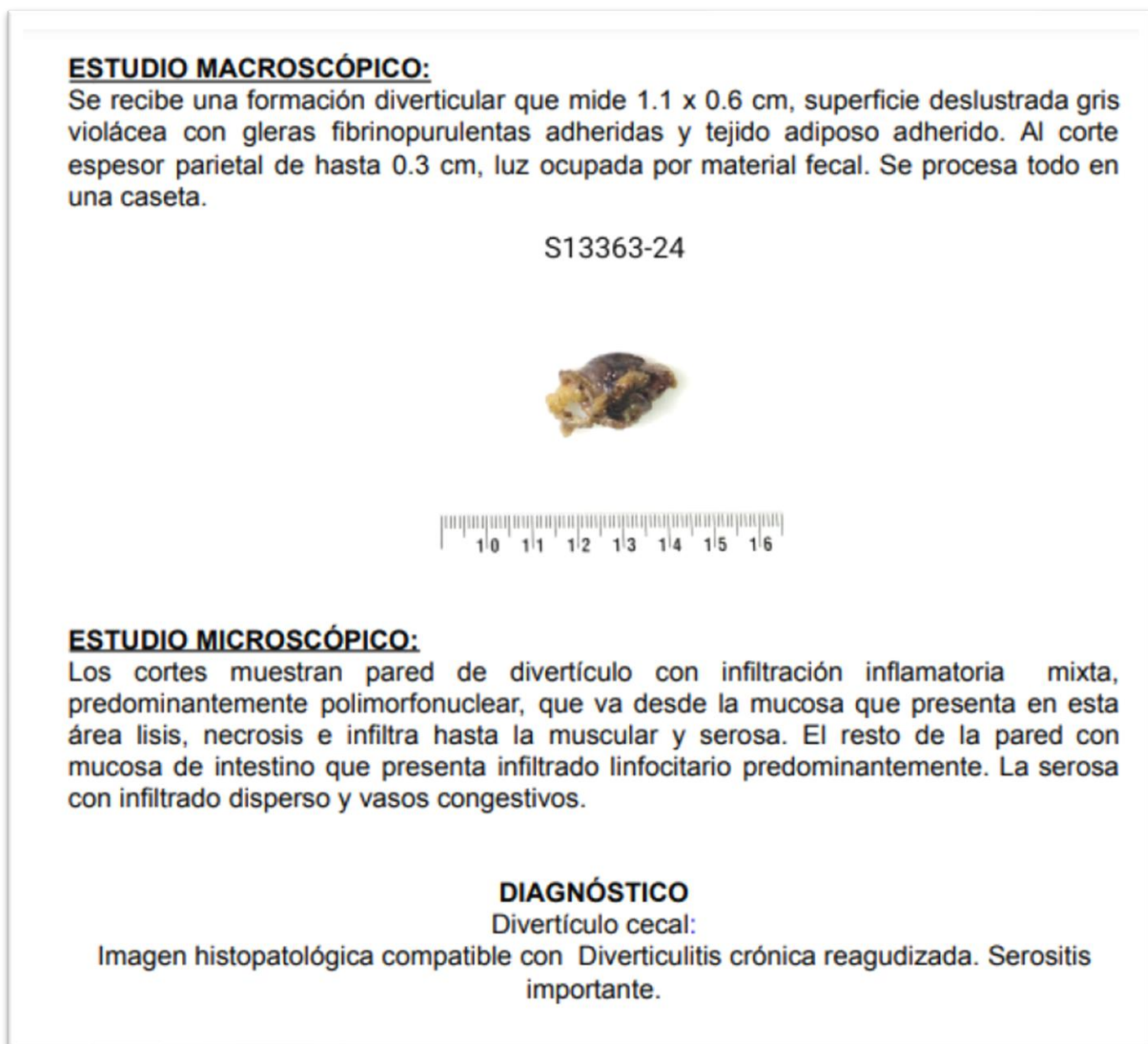
Figura 4. Piezas quirúrgicas: apéndice y divertículo cecal.

Fuente: Elaboración propia.

El curso postoperatorio del paciente transcurrió sin incidente. Se le maneja con antibioticoterapia a base de ceftriaxona y metronidazol, al tercer día postquirúrgico se le inicia tolerancia oral la cual se le fue progresando paulatinamente. Permaneció hospitalizado 6 días después de la cirugía abdominal, con adecuada evolución, tolero adecuadamente la dieta, se decidió el retiro del drenaje por escasa producción de líquido seroso, procediendo a dar alta médica para controles subsecuentes por consulta externa.

En la consulta externa se valora a paciente el cual evolucionó de forma favorable, herida quirúrgica sin signos de infección, por lo que se procedió a retirar los puntos de sutura y se revisa el resultado del histopatológico tanto del divertículo cecal el cual reporta una diverticulitis crónica reagudizada con una serositis importante [figura 5], mientras que el apéndice cecal reporta hiperplasia reactiva focal. [figura 6]

Figura 5. Resultado histopatológico del divertículo cecal



Fuente: Elaboración propia

Figura 6. Resultado histopatológico del apéndice cecal**ESTUDIO MACROSCÓPICO:**

Se recibe apéndice cecal que mide 5.2 x 0.5 cm con meso de 3.7 x 1.8 x 0.8 cm, la superficie serosa es blanquecina. Estructura parietal conservada. Al corte se observa luz virtual. Se procesan partes representativas en una caseta.

**ESTUDIO MICROSCÓPICO:**

Los cortes muestran pared de apéndice cecal que presenta mucosa sin alteraciones, en la submucosa se observa folículos linfoides secundarios hiperplásicos, las capas musculares y serosas de aspecto usual.

DIAGNÓSTICO**Apéndice cecal/Apendicectomía:**

Imagen histopatológica compatible con Hiperplasia folicular reactiva. Congestión Vascular. No se menciona que venga con grapas.

Fuente: Elaboración propia

Metodología: Se presenta el caso de un paciente masculino que llegó con signos de abdomen agudo inflamatorio, inicialmente sospechoso de apendicitis aguda. No obstante, en el procedimiento quirúrgico se encontró que la causa era una diverticulitis cecal única, con cambios isquémicos y necróticos. Este paciente fue atendido en un hospital de segundo nivel en Esmeraldas, Ecuador, donde se realizó un análisis detallado de su historial médico para revisar minuciosamente todos los aspectos clave de su evolución y tratamiento, con el propósito de ofrecer una descripción precisa y completa del caso.

DISCUSIÓN

La diverticulitis cecal es una forma de diverticulitis que se presenta en el lado derecho del colon. Aunque es menos frecuente que la diverticulitis del colon sigmoide, su incidencia está aumentando, especialmente entre poblaciones más jóvenes, incluyendo niños y adultos jóvenes.³

Esta afección puede afectar a diversas edades, desde niños y adolescentes hasta adultos de mediana edad. Se ha observado un aumento en los diagnósticos de diverticulitis cecal en pacientes más jóvenes, a menudo relacionados con factores de riesgo. Un metaanálisis realizado por Hajibandeh et al,

indica que la diverticulitis del lado derecho afecta a personas que son, en promedio, 14 años más jóvenes que aquellas con diverticulitis del lado izquierdo, además, se ha encontrado que los pacientes con diverticulitis cecal son más frecuentes en hombres. ^{4,5}

Manifestaciones clínicas: los síntomas de la diverticulitis cecal incluyen dolor y sensibilidad en el cuadrante inferior derecho del abdomen, así como náuseas. En niños, se pueden presentar otros síntomas como anorexia y estreñimiento persistente. La dificultad para distinguir esta afección de otras condiciones abdominales, como apendicitis, puede requerir estudios de imagen, como tomografías computarizadas, para un diagnóstico certero. ^{6,7}

Diagnóstico: se basa en una alta sospecha clínica respaldada por estudios de imagen y la evaluación de síntomas. La confirmación de diverticulitis se logra a través de exploraciones complementarias y se determina si hay complicaciones locales presentes. ⁸

Tratamiento: varía según si es una diverticulitis complicada o no complicada.

No complicada: Generalmente se maneja de manera conservadora con antibióticos de amplio espectro, como una combinación de fluoroquinolona y metronidazol, o monoterapia con amoxicilina-ácido clavulánico. La duración del tratamiento suele ser de 4 a 7 días, aunque puede extenderse si la gravedad lo justifica. ⁹⁻¹⁰

Complicada: En casos de perforación o absceso, se recomienda un enfoque quirúrgico más agresivo, que puede incluir hemicolectomía derecha. La cirugía laparoscópica es preferida cuando se cuenta con un equipo experimentado y el paciente se encuentra en buena condición física. ^{10,11}

Complicaciones: los adultos mayores son más susceptibles a complicaciones como la formación de fístulas y estenosis debido a diagnósticos tardíos y comorbilidades. Los factores de riesgo incluyen la edad, estado de salud, retraso quirúrgico y uso de esteroides. Por lo tanto, es fundamental el reconocimiento temprano y un manejo adecuado para mitigar estos riesgos. ¹²

Supervivencia: depende de diversos factores, como la gravedad de la enfermedad, la presencia de complicaciones y el estado general de salud del paciente. La tasa de supervivencia es generalmente alta en casos no complicados, donde el tratamiento conservador es efectivo. Sin embargo, la supervivencia puede verse comprometida en situaciones de diverticulitis complicada, donde intervenciones quirúrgicas son necesarias. ¹³

Factores que Influyen en la Supervivencia:

Gravedad de la Enfermedad: los pacientes con diverticulitis no complicada suelen tener un pronóstico favorable, con una alta tasa de recuperación tras el tratamiento conservador. Por otro lado, aquellos que desarrollan complicaciones como perforación, absceso o fístulas pueden enfrentar un aumento en la morbilidad y mortalidad, especialmente si no se manejan adecuadamente. ¹⁴⁻¹⁵

Edad y Comorbilidades: la edad avanzada y la presencia de comorbilidades, como enfermedad pulmonar obstructiva crónica o insuficiencia cardíaca, pueden impactar negativamente en la supervivencia. ¹⁴⁻¹⁵

Manejo Adecuado: el reconocimiento temprano y el tratamiento adecuado son cruciales para mejorar la supervivencia. La identificación oportuna de síntomas y la utilización de métodos diagnósticos como tomografías computarizadas pueden llevar a una intervención rápida y efectiva. ¹⁴⁻¹⁵

Intervención Quirúrgica: la cirugía en casos complicados ha mostrado mejorar las tasas de supervivencia, aunque conlleva riesgos adicionales. Las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, como la laparoscopia, pueden reducir el tiempo de recuperación y las complicaciones asociadas con la cirugía abierta. ¹⁴⁻¹⁵

Seguimiento Postoperatorio: la atención médica continua y el seguimiento postoperatorio son vitales para monitorear la recuperación y prevenir recurrencias, lo que también puede influir en las tasas de supervivencia a largo plazo. ¹⁴⁻¹⁵

CONCLUSIONES

La diverticulitis cecal, aunque menos común que la del colon sigmoide, ha mostrado un aumento significativo en su incidencia en poblaciones más jóvenes, afectando no solo a adultos mayores, sino también a niños y adolescentes, frecuentemente en relación con factores de riesgo como obesidad, tabaquismo y consumo de alcohol. La literatura indica que los pacientes con diverticulitis del lado derecho son, en promedio, 14 años más jóvenes que aquellos con diverticulitis del lado izquierdo, lo que resalta la necesidad de un enfoque clínico que contemple estas diferencias demográficas y permita diagnósticos más tempranos.

La presentación clínica, caracterizada por dolor en el cuadrante inferior derecho y náuseas, puede confundirse con otras afecciones abdominales agudas, lo que requiere un alto índice de sospecha y estudios de imagen para confirmar el diagnóstico y descartar complicaciones. En casos no complicados, el tratamiento conservador con antibióticos es efectivo, mientras que en casos complicados se requiere intervención quirúrgica, subrayando la importancia de un manejo individualizado. Las tasas de complicaciones y mortalidad son más altas en adultos mayores, lo que resalta la necesidad de un diagnóstico y manejo oportunos para mejorar la supervivencia.

La creciente prevalencia de la diverticulitis cecal en poblaciones jóvenes y la variabilidad en su presentación clínica subrayan la necesidad de más investigación en esta área, así como la importancia de educar a los profesionales de la salud sobre los síntomas y factores de riesgo asociados, para fomentar diagnósticos más tempranos y tratamientos más eficaces.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

	Autor 1.	Autor 2	Autor 3	Autor 4	Autor 5	Autor 6	Autor 7
Participar activamente en:							
Conceptualización	X	X			X		X
Análisis formal	X		X				
Adquisición de fondos	X			X			
Investigación	X	X			X	X	
Metodología	X						
Administración del proyecto	X	X	X				X
Recursos	X	X	X	X	X	X	X
Redacción –borrador original	X	X	X	X	X	X	
Redacción –revisión y edición	X	X		X	X		
La discusión de los resultados	X	X	X	X	X	X	X
Revisión y aprobación de la versión final del trabajo.	X	X	X	X	X	X	X

REFERENCIAS

- Junge K, Marx A, Peiper Ch, Klosterhalfen B, Schumpelick V. Caecal-Diverticulitis: A Rare Differential Diagnosis for Right-Sided Lower Abdominal Pain. *Colorectal Dis.* 2003;5(3):241-5. doi:10.1046/j.1463-1318.2003.00430.x. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.1463-1318.2003.00430.x>.
- Schmit PJ, Bennion RS, Thompson JE. Cecal Diverticulitis: A Continuing Diagnostic Dilemma. *World J Surg.* 1991;15(3):367-71. doi:10.1007/BF01658730. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/BF01658730>.
- Lane JS, Sarkar R, Schmit PJ, Chandler CF, Thompson JE. Surgical Approach to Cecal Diverticulitis. *J Am Coll Surg.* 1999;188(6):629-34; discussion 634-5. doi:10.1016/s1072-7515(99)00043-5. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s1072-7515\(99\)00043-5](https://doi.org/10.1016/s1072-7515(99)00043-5).
- Kauff DW, Kloeckner R, Frogh S, Lang H. Management of Cecal Diverticulitis Diagnosed by Computed Tomography Scan. *Int J Colorectal Dis.* 2019;34(7):1333-6. doi:10.1007/s00384-019-03301-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00384-019-03301-6>.
- Keidar S, Pappo I, Shperber Y, Orda R. Cecal Diverticulitis: A Diagnostic Challenge. *Dig Surg.* 2000;17(5):508-12. doi:10.1159/000051949. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000051949>.
- Fang JF, Chen RJ, Lin BC, et al. Aggressive Resection Is Indicated for Cecal Diverticulitis. *Am J Surg.* 2003;185(2):135-40. doi:10.1016/s0002-9610(02)01209-6. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0002-9610\(02\)01209-6](https://doi.org/10.1016/s0002-9610(02)01209-6).
- Papaziogas B, Makris J, Koutelidakis I, et al. Surgical Management of Cecal Diverticulitis: ¿Is Diverticulectomy Enough? *Int J Colorectal Dis.* 2005;20(1):24-7. doi:10.1007/s00384-004-0630-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00384-004-0630-4>.
- Zaidi E, Daly B. TC y características clínicas de la diverticulitis aguda en una población urbana de EE. UU.: frecuencia creciente en adultos jóvenes obesos. *AJR Am J Roentgenol.* 2006;187(3):689-94. doi:10.2214/AJR.05.0033. Disponible en: <https://doi.org/10.2214/AJR.05.0033>.
- Marinella MA, Mustafa M. Diverticulitis aguda en pacientes de 40 años de edad y menores. *Am J Emerg Med.* 2000;18(2):140-2. doi:10.1016/s0735-6757(00)90004-4. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0735-6757\(00\)90004-4](https://doi.org/10.1016/s0735-6757(00)90004-4).
- Van de Wall BJ, Poerink JA, Draaisma WA, et al. Diverticulitis en pacientes jóvenes frente a pacientes mayores: un metaanálisis. *Scand J Gastroenterol.* 2013;48(6):643-51. doi:10.3109/00365521.2012.758765. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/00365521.2012.758765>.
- Hatakeyama T, Okata Y, Miyauchi H, et al. Diverticulitis colónica en niños: un estudio retrospectivo de 16 pacientes. *Pediatr Int.* 2021;63(12):1510-3. doi:10.1111/ped.14693. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ped.14693>.
- Manabe N, Haruma K, Nakajima A, et al. Characteristics of Colonic Diverticulitis and Factors Associated With Complications: A Japanese Multicenter, Retrospective, Cross-Sectional Study. **Dis Colon Rectum**. 2015;58(12):1174-81. doi:10.1097/DCR.0000000000000488. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000488>.
- Sell NM, Stafford CE, Goldstone RN, et al. Delay to Intervention for Complicated Diverticulitis Is Associated With Higher Inpatient Mortality. **J Gastrointest Surg**. 2021;25(11):2920-7. doi:10.1007/s11605-021-04972-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11605-021-04972-9>.

14. Covino M, Rosa F, Ojetti V, et al. Acute Diverticulitis in Elderly Patients: ¿Does Age Really Matter? *Dig Dis*. 2021;39(1):33-41. doi:10.1159/000509049. Disponible en: https://doi.org/10.1159/000509049[https://doi.org/10.1159/000509049].
15. Peery AF, Shaukat A, Strate LL. AGA Clinical Practice Update on Medical Management of Colonic Diverticulitis: Expert Review. *Gastroenterology*. 2021;160(3):906-911.e1. doi:10.1053/j.gastro.2020.09.059. Disponible en: https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.09.059[https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.09.059].