

Experiencia en el tratamiento y evolución de la diverticulitis del colon derecho en una cohorte chilena

Diego Gianetti-Bahamonde¹, Eduardo Mordojovic-Zúñiga¹, Manuel Lizana-Corvera¹, Francisco Rivera-Roa¹, Guillermo Reyes-Reyes¹, Gonzalo Campaña-Villegas¹

Experience in the treatment and outcomes of right-sided colonic diverticulitis in a Chilean cohort

Objective: To describe the clinical characteristics, treatment, and outcomes of a Chilean cohort with acute right-sided colonic diverticulitis (RCD). **Materials and Methods:** Retrospective cohort study conducted between 2014 and 2024 at a high-complexity center in Chile. Adult patients with RCD confirmed by computed tomography were included. The primary outcome was the occurrence of a first new episode of acute diverticulitis during follow-up. Kaplan-Meier curves and Cox regression models were used for time-to-event analysis. **Results:** A total of 191 patients were included; mean age was 45.4 ± 14.2 years and 59.7% were women. Most patients had uncomplicated disease (91.1% Hinchey Ia). Conservative treatment was successful in 96.9% of cases (95% CI: 93.3-98.8). After a median follow-up of 27.7 months, 21 patients (11.0%) developed a new episode: 8 (4.2%) were ipsilateral right-sided recurrences and 13 (6.8%) were contralateral left-sided episodes. A previous history of left-sided diverticulitis was the main independent predictor of new episodes (HR 6.24; $p = 0.001$). Five-year freedom from new episodes was 82.6%. **Discussion:** RCD showed a predominantly benign course, with high response to conservative treatment, low need for surgery, and infrequent ipsilateral recurrence. **Conclusion:** In this Chilean cohort, RCD had favorable outcomes. A previous history of left-sided diverticulitis identified patients at higher risk of new episodes.

Keywords (MeSH): colonic diverticulitis; ascending colon; conservative treatment; recurrence; Latin America.

Resumen

Objetivo: Describir las características clínicas, el tratamiento y la evolución de una cohorte chilena con diverticulitis aguda del colon derecho (DCD). **Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo realizado entre 2014 y 2024 en un centro de alta complejidad en Chile. Se incluyeron pacientes adultos con DCD confirmada por tomografía computarizada. El desenlace principal fue la ocurrencia del primer nuevo episodio de diverticulitis aguda durante el seguimiento. Se utilizaron curvas de Kaplan-Meier y modelos de Cox. **Resultados:** Se incluyeron 191 pacientes; la edad media fue $45,4 \pm 14,2$ años y 59,7% fueron mujeres. La mayoría presentó enfermedad no complicada (91,1% Hinchey Ia). El tratamiento conservador fue exitoso en 96,9% de los casos (IC 95%: 93,3-98,8). Con una mediana de seguimiento de 27,7 meses, 21 pacientes (11,0%) presentaron un nuevo episodio: 8 (4,2%) correspondieron a recurrencia ipsilateral derecha y 13 (6,8%) a un episodio contralateral izquierdo. El principal predictor independiente de nuevos episodios fue el antecedente de diverticulitis izquierda (HR 6,24; $p = 0,001$). La probabilidad de permanecer libre de nuevos episodios a 5 años fue de 82,6%. **Discusión:** La DCD mostró un curso predominantemente benigno, con alta respuesta al tratamiento conservador, baja necesidad de cirugía y escasa recurrencia ipsilateral. **Conclusión:** En esta cohorte chilena, la DCD presentó evolución favorable. El antecedente de diverticulitis izquierda identificó a los pacientes con mayor riesgo de nuevos episodios.

Palabras Clave (MeSH): diverticulitis colónica; colon ascendente; tratamiento conservador; recurrencia; América Latina.

¹Universidad Andrés Bello, Clínica INDISA. Santiago, Chile.

Recibido el 2026-03-08 y aceptado para publicación el 2026-04-14

Correspondencia a:
Dr. Diego Gianetti Bahamonde
dgianettib@gmail.com

E-ISSN 2452-4549



Introducción

La diverticulitis aguda del colon derecho (DCD) constituye una forma infrecuente de enfermedad diverticular en poblaciones occidentales, donde la afectación predominante ocurre en el colon izquierdo. En Asia, en cambio, la DCD representa una proporción considerable de los casos de diverticulitis aguda (DA), diferencia atribuida a factores genéticos, dietarios y ambientales^{1,2}.

En series occidentales, la DCD corresponde aproximadamente al 1-5% de todos los episodios de DA, aunque su diagnóstico ha aumentado en las últimas décadas, en gran parte por el uso sistemático de la tomografía computarizada (TC) en la evaluación del abdomen agudo^{3,4}. Desde el punto de vista clínico, la DCD suele presentarse en pacientes más jóvenes que aquellos con diverticulitis del colon izquierdo, con una edad media cercana a los 50 años, predominio masculino y localización frecuente en el ciego. Su presentación clínica puede simular una apendicitis aguda, lo que dificulta el diagnóstico basado únicamente en examen físico y parámetros de laboratorio³⁻⁶. En este contexto, diversos estudios han demostrado que la evaluación clínica aislada no permite diferenciar de forma confiable la DCD de la apendicitis, consolidándose la imagen como herramienta diagnóstica esencial^{7,8}.

El tratamiento de la DCD no complicada es habitualmente conservador, basado en hidratación, analgesia y antibióticos, reservándose el drenaje percutáneo o la cirugía para cuadros complicados o con mala evolución clínica⁷⁻¹⁰. Las guías clínicas internacionales recomiendan el diagnóstico tomográfico y el tratamiento conservador como estrategia inicial en la mayoría de los pacientes con DA no complicada^{11,12}. Sin embargo, estas recomendaciones se basan principalmente en evidencia derivada de diverticulitis del colon izquierdo. En Latinoamérica, la evidencia disponible se limita a series pequeñas y heterogéneas^{13,14}. En Chile, si bien se ha descrito la prevalencia de diverticulosis colónica mediante estudios tomográficos, no existen series clínicas publicadas que caractericen específicamente la evolución de la DCD¹⁵.

Considerando estas diferencias geográficas y la ausencia de datos locales, el objetivo de este estudio fue describir las características demográficas, clínicas y el tratamiento y la evolución de una cohorte de pacientes con DCD atendidos en un centro chileno. El objetivo principal fue la ocurrencia del primer nuevo episodio de DA durante el seguimiento, confirmado por TC, independientemente de su localización. Como objetivos secundarios se

definieron el éxito del tratamiento conservador a 30 días, la recurrencia ipsilateral derecha, los nuevos episodios contralaterales izquierdos y los resultados clínicos precoces.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo en la Unidad de Coloproctología de Clínica INDISA. Se incluyeron consecutivamente pacientes adultos (≥ 18 años) con diagnóstico de DCD entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2024, definida como inflamación diverticular entre el ciego y el colon transverso proximal, confirmada por TC contrastada. Se excluyeron los pacientes con antecedentes documentados de DCD previos al período de estudio, compromiso sincrónico del colon derecho e izquierdo, enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasia colorrectal sincrónica al episodio índice y registros insuficientes. No se excluyeron antecedentes de diverticulitis izquierda, por ser esta una variable de interés, incluida en el análisis.

Se recolectaron variables demográficas, comorbilidades, manifestaciones clínicas, parámetros inflamatorios y hallazgos tomográficos. La severidad se estratificó mediante la clasificación de Hinchey modificada por TC, categorizando los casos como enfermedad no complicada (0-Ia) o complicada (Ib-IV). La distribución de la enfermedad diverticular se definió según el informe tomográfico como divertículo único derecho, enfermedad diverticular derecha múltiple o pandiverticulosis.

Se consideró tratamiento conservador al manejo inicial no quirúrgico, basado en observación clínica, analgesia, hidratación y antibioticoterapia según la evolución clínica. El drenaje percutáneo se reservó para casos seleccionados con colección susceptible de ser tratados por radiología intervencional. El seguimiento se realizó desde el episodio índice hasta un nuevo evento, el último control registrado. Durante el seguimiento se evaluó la ocurrencia de un nuevo episodio confirmado por TC. Para fines analíticos, los eventos se clasificaron como recurrencia ipsilateral o nuevo evento contralateral^{16,17}. Los pacientes sin eventos fueron censurados en su último control y no fue posible capturar sistemáticamente eventos ocurridos en otros centros.

El análisis estadístico se realizó con R Studio (v4.3). Las variables continuas se evaluaron con la prueba de Shapiro-Wilk y se reportaron como media $\pm$ desviación estándar o mediana y rango intercuartílico. Las variables categóricas se

expresaron como porcentajes con intervalos de confianza del 95%. El análisis de tiempo al evento se realizó mediante curvas de Kaplan-Meier (*log-rank test*). Para identificar factores asociados a nuevos episodios, se ajustaron modelos de riesgos proporcionales de Cox. Las variables incluidas en el modelo multivariado se seleccionaron en función de su plausibilidad clínica y de su asociación en el análisis univariado.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Clínica INDISA y se desarrolló de acuerdo con la Declaración de Helsinki y la normativa local vigente. Se utilizó el modelo de lenguaje Gemini 1.5 (Google LLC, CA) para la corrección de estilo y gramática. Los autores asumen la total responsabilidad intelectual y científica del contenido.

Resultados

Características de la población

Entre enero de 2014 y diciembre de 2024 se diagnosticaron por TC 2.218 episodios de DA de cualquier segmento colónico en nuestra institución. Tras excluir 2.009 episodios localizados en el colon izquierdo o en el colon transversal medio/distal, se identificaron 209 episodios de DCD. Para conformar la cohorte analítica se consideró un solo episodio por paciente como caso índice. En esta etapa se excluyeron 18 pacientes (13 episodios recurrentes, 2 con antecedente de DCD previo al período de estudio y 3 derivados a otro centro), resultando una cohorte final de 191 pacientes (Figura 1).

La cohorte presentó una edad media de 45,4 ± 14,2 años y predominio femenino (59,7%). La carga de comorbilidad fue baja: 175 pacientes (91,6%) tuvieron un índice de Charlson de 0 puntos y 16 (8,4%) ≥ 1 punto. El dolor abdominal fue el síntoma predominante (95,3%), seguido de náuseas o vómitos (21,5%) y fiebre (>38 °C; 17,8%). Al ingreso, la mediana de leucocitos fue 10.300 [8.600-13.300] ×10³/mm³ y la de proteína C reactiva, 4,7 [2,2-8,6] mg/dL (Tabla 1).

Características imagenológicas

En la evaluación tomográfica, la inflamación se localizó con mayor frecuencia en el ciego (37,2%) y el colon ascendente (31,4%). Según la clasificación de Hinchey por TC, el 91,1% de los pacientes correspondió a casos no complicados (Ia). En relación con la distribución de la enfermedad diverticular, la pandiverticulosis estuvo presente en el 40,8% de los pacientes y un 35,6% presentó un divertículo solitario derecho (Tabla 2).

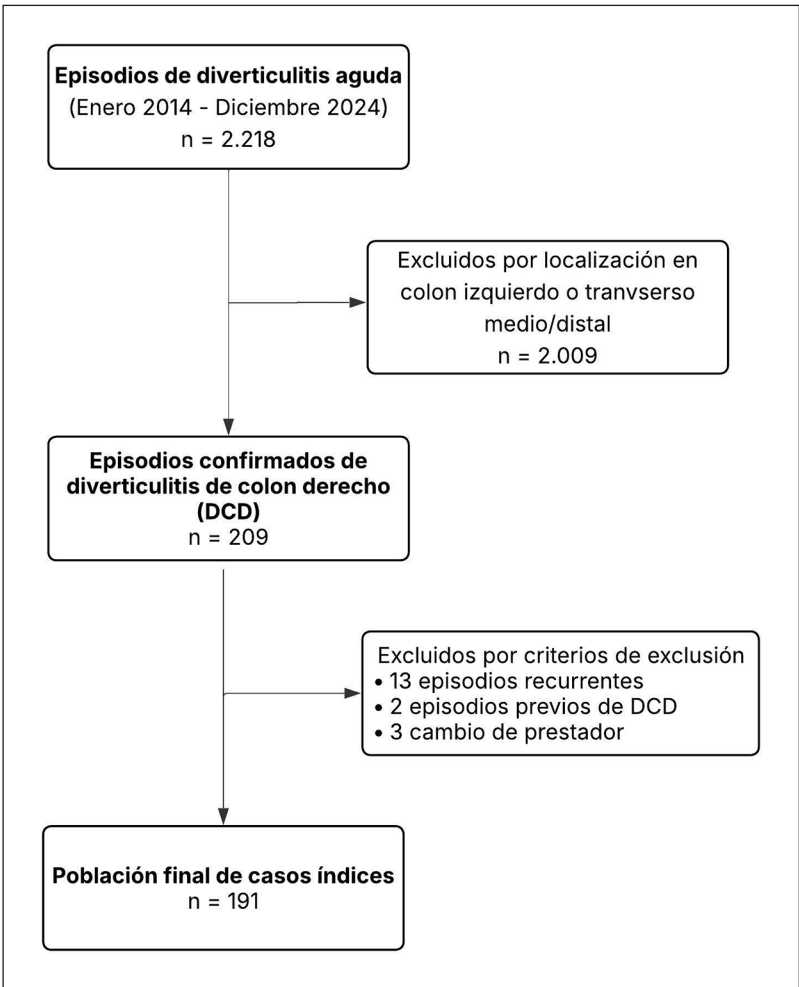


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de la cohorte.

Tratamiento y evolución a corto plazo

El manejo ambulatorio fue posible en 116 pacientes (60,7%), mientras que 75 (39,3%) requirieron hospitalización, con una estadía mediana de 3 [2-4] días. El tratamiento conservador fue exitoso en 183 casos (96,9%; IC 95%: 93,3-98,8). Durante la evolución precoz se registraron 4 reingresos (2,1%), uno por un paciente que requirió drenaje percutáneo, por una colección mesocolónica de 5,3 cm de diámetro con presencia de adecuada ventana tomográfica, dos complicaciones médicas (1,1%), correspondientes a insuficiencia renal aguda y un episodio de íleo, ambas resueltas con manejo médico y un reingreso por persistencia de dolor.

Cuatro pacientes (2,1%) requirieron tratamiento quirúrgico durante el episodio índice. Dos correspondieron a cuadros Hinchey Ia intervenidos por

Tabla 1. Perfil basal y presentación clínica de la cohorte

Variable	Total (N = 191) ¹
A) Perfil demográfico y antecedentes médicos	
Edad (años), media $\pm$ DE	45,4 $\pm$ 14,2
Sexo	
Hombre	77 (40,3%)
Mujer	114 (59,7%)
Índice de comorbilidad de Charlson $\geq$ 1 punto	16 (8,4%)
Hipertensión arterial	28 (14,7%)
Diabetes / Resistencia a la insulina	12 (6,3%)
Hipotiroidismo	12 (6,3%)
Apendicectomía previa	15 (7,9%)
Antecedente de diverticulitis izquierda	18 (9,4%)
B) Presentación clínica y hallazgos de laboratorio al ingreso	
Dolor abdominal	182 (95,3%)
Náuseas y/o vómitos	41 (21,5%)
Fiebre (>38 °C)	34 (17,8%)
Diarrea	36 (18,8%)
Recuento de leucocitos ($\times 10^3/\text{mm}^3$)	10.300 [8.600-13.300]
Proteína C reactiva (mg/dL)	4,7 [2,2-8,6]

¹media $\pm$ DE; n (%). Los valores de laboratorio se expresan como mediana y rango intercuartílico según corresponda.

sospecha de apendicitis aguda; pese a contar con TC previa, en un caso el informe fue equivoco y en el otro describió diverticulitis cecal con compromiso apendicular reactivo. Un tercer paciente presentó una diverticulitis Hinchey Ib con signos tomográficos de perforación, y un cuarto requirió hemicolectomía derecha de urgencia por peritonitis purulenta (Hinchey III) con shock séptico al ingreso. No se registraron complicaciones postoperatorias. Se observó un fallecimiento (0,5%) dos días después del diagnóstico, secundario a infarto agudo de miocardio en una paciente con múltiples comorbilidades.

Análisis de nuevos episodios de diverticulitis aguda

Durante una mediana de seguimiento de 27,7 [4,0-70,8] meses, 21 pacientes (11,0%) presentaron un nuevo episodio de diverticulitis aguda en algún segmento del colon. De ellos, 8 (4,2%) correspondieron a recurrencia ipsilateral derecha y 13 (6,8%) a un nuevo episodio contralateral en colon izquierdo.

Tabla 2. Hallazgos imagenológicos del episodio índice

Variable	Total (N = 191) ¹
Sitio del proceso inflamatorio	
Ciego	71 (37,2%)
Colon ascendente	60 (31,4%)
Ángulo hepático	26 (13,6%)
Colon transverso proximal	34 (17,8%)
Clasificación de Hinchey (TC)	
Estadio Ia (Inflamación pericólica)	174 (91,1%)
Estadio Ib (Absceso pericólico)	16 (8,4%)
Estadio II (Absceso pélvico/distante)	0 (0,0%)
Estadio III (Peritonitis purulenta)	1 (0,5%)
Estadio IV (Peritonitis fecaloidea)	0 (0,0%)
Distribución de enfermedad diverticular	
Divertículo único derecho	68 (35,6%)
Enfermedad diverticular derecha múltiple	45 (23,6%)
Pandiverticulosis	78 (40,8%)

¹n (%).

En el análisis de Kaplan-Meier, la probabilidad de permanecer libre de nuevos episodios de diverticulitis aguda fue de 95,1% al año, 87,0% a 3 años y 82,6% a 5 años, con un riesgo acumulado de 17,4% a 5 años (Figura 2). En el modelo de Cox ajustado, el antecedente de DA izquierda fue el principal predictor independiente de nuevos episodios (HR

6,24; IC 95%: 2,06-18,91; $p = 0,001$), mientras que la edad mostró una asociación inversa de pequeña magnitud (HR 0,95; IC 95%: 0,91-0,99; $p = 0,036$). La permanencia libre de nuevos episodios a 5 años fue de 89,8% en pacientes sin antecedente de diverticulitis y de 42,7% en aquellos con antecedente de DA izquierda (log-rank $p < 0,001$).

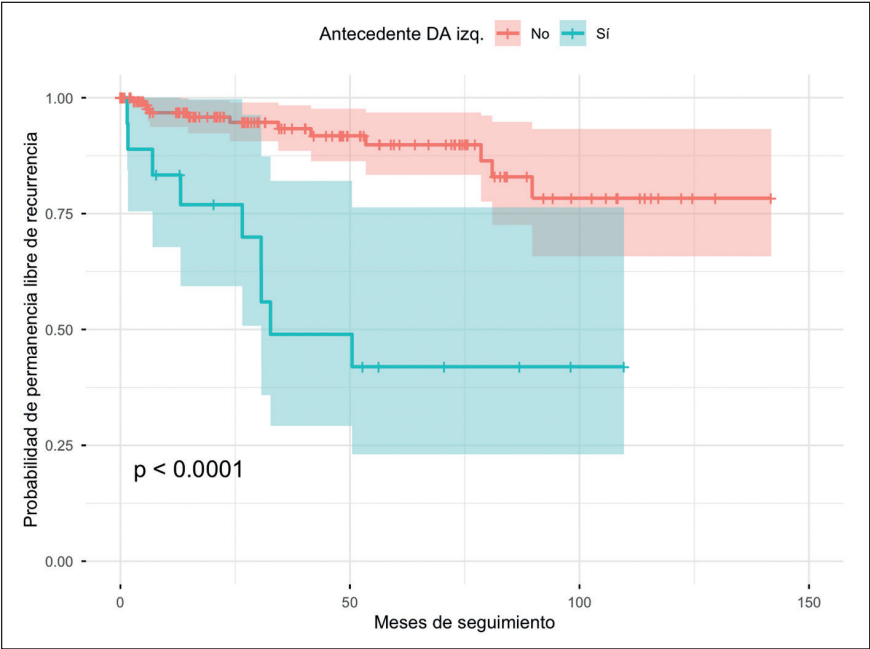


Figura 2. Permanencia libre de nuevos episodios de diverticulitis aguda. Curva de supervivencia de Kaplan-Meier que ilustra la probabilidad de permanencia libre de nuevos episodios de diverticulitis aguda durante el seguimiento (en meses), estratificada según la presencia o ausencia de antecedente de diverticulitis aguda (DA) izquierda. Las áreas sombreadas representan los intervalos de confianza y la diferencia temporal entre ambos grupos resultó estadísticamente significativa ($p < 0,0001$).

Tabla 3. Tratamiento del episodio índice y resultados precoces

Variable	Frecuencia ¹	IC 95%
A) Estrategia de manejo		
Tratamiento ambulatorio	116 (60,7%)	53,4 - 67,7
Hospitalización	75 (39,3%)	32,0 - 46,6
Estadía hospitalaria (días), mediana [RIQ] (n = 74)	3 [2-4]	
B) Antibioterapia		
Antibioterapia (cualquier vía)	177 (94,1%)	88,6 - 96,3
Antibioterapia EV (incluye secuencial EV a VO)	71 (37,6%)	30,5 - 44,7
Antibioterapia solo VO	105 (55,9%)	47,9 - 62,5
Duración ATB EV (días), mediana [RIQ] (n = 71)	4 [3-5]	
Duración total ATB oral (días), mediana [RIQ] (n = 177)	7 [7-10]	
C) Resultados precoces (< 30 días)		
Éxito manejo conservador	183 (96,9%)	92,6 - 98,5
Persistencia de síntomas	3 (1,6%)	0,3 - 4,5
Reingreso	4 (2,1%)	0,6 - 5,3
Complicación	2 (1,1%)	0,1 - 3,8
Cirugía (total)	4 (2,1%)	0,6 - 5,3
Mortalidad	1 (0,5%)	0,0 - 2,9

¹n (%); Mediana [Q1 - Q3] según corresponda.

Tabla 4. Comparación de características basales según ocurrencia de nuevos episodios de DA

Características	Total ¹ (n = 191)	Sin nuevo episodio de DA ¹ (n = 170)	Con nuevo episodio de DA ¹ (n = 21)	Valor p ²
Edad (años), media ± DE	45,4 ± 14,2	45,6 ± 14,6	44,0 ± 11,0	0,920
Sexo (Mujer)	114 (59,7%)	100 (58,8%)	14 (66,7%)	0,638
Charlson ≥ 1 punto	16 (8,4%)	14 (8,2%)	2 (9,5%)	0,690
Antecedente de DA izquierda (Sí)	18 (9,4%)	9 (5,3%)	9 (42,9%)	< 0,001
Clasificación de Hinchey (Ib-III)	17 (8,9%)	16 (9,4%)	1 (4,8%)	0,699
Distribución anatómica (Pandiverticulosis)	78 (40,8%)	63 (37,1%)	15 (71,4%)	0,004
Hospitalización (Sí)	75 (39,3%)	66 (38,8%)	9 (42,9%)	0,814

¹media ± DE; n (%). ²Prueba de la suma de rangos de Wilcoxon; test exacto de Fisher.

Tabla 5. Factores asociados a nuevos episodios de DA (modelo Cox ajustado)

Variable	HR ajustado	IC 95%	p
Antecedente de DA izquierda	6,24	2,06-18,91	0,001
Edad (años)	0,95	0,91-0,99	0,036
Índice de comorbilidad de Charlson	1,36	0,41-4,52	0,617
Pandiverticulosis	2,67	0,87-8,21	0,086

CI = Intervalo de confianza; HR = Cociente de riesgos instantáneos (*Hazard Ratio*).

Seguimiento endoscópico

Se realizó colonoscopia de seguimiento en 61 pacientes (31,9%), con una mediana de 14,4 [9,4-42,9] semanas desde el episodio índice. Se detectaron pólipos o adenomas en el 34,4% de los procedimientos; el análisis histopatológico reveló predominantemente pólipos hiperplásicos y adenomas tubulares con displasia de bajo grado. Dos pacientes (3,3%) presentaron adenomas con displasia de alto grado. No se detectaron casos de adenocarcinoma colorectal en los pacientes sometidos a colonoscopia de seguimiento.

Discusión

La presente serie constituye una de las cohortes occidentales más extensas reportadas sobre DCD y, hasta la fecha, la mayor publicada en Latinoamérica. Esto es relevante, dado que la evidencia regional se limitaba a series de menor escala^{13,14} y gran parte del conocimiento disponible proviene de poblaciones asiáticas, cuyas características epidemiológicas y clínicas difieren de las observadas en contextos occidentales^{1,2}.

Desde el punto de vista epidemiológico, la edad media de nuestra cohorte es comparable a la descrita en occidente^{3,18}, aunque inferior a la reportada en poblaciones orientales². A diferencia de algunos metaanálisis que describen un predominio masculino^{1,16}, nuestra serie mostró una mayor proporción de mujeres, hallazgo consistente con otras cohortes occidentales^{3,4,8}. La baja carga de comorbilidad observada también refuerza el perfil clínico habitualmente benigno de esta entidad^{3,4}.

Dada la similitud clínica entre DCD y apendicitis aguda, la evaluación radiológica es determinante para la estrategia terapéutica. Si bien la ecografía ofrece un rendimiento diagnóstico aceptable, su carácter operador-dependiente limita su aplicabilidad universal¹⁹. En nuestra cohorte, el uso sistemático de TC permitió orientar un manejo conservador en la mayoría de los casos. No obstante, en un número reducido persistió la ambigüedad diagnóstica, derivando en cirugías con hallazgo de inflamación diverticular y apéndice sano, fenómeno descrito especialmente ante compromiso inflamatorio cecal o reacción apendicular secundaria⁸. En contraste, estudios con menor uso de TC reportan tasas más altas de error diagnóstico^{4,6}.

En concordancia con la literatura internacional, el tratamiento conservador mostró una alta tasa de éxito, con escasa necesidad de cirugía durante el episodio índice y baja incidencia de complicaciones tempranas. Estos hallazgos son consistentes con múltiples series que muestran que el manejo no operatorio de la DCD no complicada se asocia a excelentes resultados²⁰⁻²². En la misma línea, el metaanálisis de Lee et al, confirmó el tratamiento conservador como la estrategia inicial más segura y efectiva, con tasas mínimas de fracaso terapéutico o recurrencia complicada⁹.

Respecto al seguimiento a largo plazo, nuestra cohorte alcanzó una mediana superior a la reportada en algunas series occidentales⁸ y comparable a la de otros estudios²². Durante este período, la tasa de recurrencia derecha fue baja (4,2%), situándose dentro del rango inferior descrito en la literatura occidental (3,3-6,3%)^{3,4,8} y por debajo de la reportada en cohortes asiáticas²³. Este hallazgo refuerza la noción de que la DCD presenta una historia natural menos agresiva que la diverticulitis del colon izquierdo¹.

En el análisis multivariado, el antecedente de DA izquierda fue el principal predictor independiente de nuevos episodios de diverticulitis aguda. Esto sugiere que, en una proporción de pacientes, la evolución posterior podría reflejar una susceptibilidad diverticular más difusa y no depender exclusivamente del segmento colónico inicialmente afectado. En contraste, variables anatómicas como la pandiverticulosis perdieron significancia tras el ajuste. Aunque la morfología y extensión de la enfermedad diverticular se han relacionado con el comportamiento clínico de la diverticulosis²⁴, en nuestra cohorte no constituyeron un factor pronóstico independiente. Si bien algunos estudios han propuesto la localización derecha como factor de riesgo específico²⁵, nuestros resultados concuerdan con la revisión de Hupfeld et al, que identificó el antecedente de episodios previos como el predictor más consistente de recurrencia, independientemente del segmento afectado²⁶.

La indicación de colonoscopia tras un episodio de DCD no complicada continúa siendo controvertida. En nuestra cohorte, la evaluación endoscópica no fue sistemática, a pesar de que fue indicada a todos los pacientes mayores de 45 años en el contexto de *screening* de cáncer colorectal (CCR), como también a aquellos con alguna duda diagnóstica tomográfica. Algunos autores han sugerido la utilidad de la colonoscopia para descartar diagnósticos alternativos en casos seleccionados²⁷. En nuestro contexto, Castillo et al, demostraron un bajo rendimiento de hallazgos significativos y una baja frecuencia de CCR en pacientes menores de 45 años²⁸. Por ello,

una estrategia selectiva en pacientes con factores de riesgo o signos de alarma parece razonable.

Entre las fortalezas de este estudio destaca que corresponde a la serie más numerosa reportada en Latinoamérica hasta la fecha y a una de las más grandes del mundo occidental. Asimismo, la confirmación tomográfica sistemática de los casos y la definición de una cohorte de episodios índice favorecen una alta precisión diagnóstica y reducen el riesgo de clasificación errónea, propio de estudios con criterios heterogéneos. El seguimiento alcanzado, junto con el análisis de tiempo a evento, permitió evaluar la evolución de la enfermedad en un horizonte temporal clínicamente relevante. Desde una perspectiva aplicada, nuestros hallazgos respaldan una estrategia conservadora inicial en la mayoría de los pacientes con DCD no complicada y sugieren que el antecedente de diverticulitis izquierda identifica un subgrupo con mayor riesgo de nuevos eventos que podría beneficiarse de un seguimiento clínico más estrecho.

Entre las limitaciones del estudio se encuentran su diseño retrospectivo y unicéntrico, con el consiguiente riesgo de sesgos de selección e información. Además, no fue posible capturar de manera sistemática los eventos ocurridos fuera de la institución, por lo que no puede descartarse subregistro durante el seguimiento. Variables clínicamente relevantes, como tabaquismo y obesidad, no estuvieron disponibles de forma homogénea en los registros analizados, impidiendo su incorporación al ajuste multivariado. Asimismo, la duración del seguimiento no fue uniforme entre los pacientes, por lo que se utilizó un análisis de tiempo a evento con censura en el último control disponible. Finalmente, dado que el resultado principal incluyó episodios ipsilaterales y contralaterales, y que el número de eventos fue limitado, estos hallazgos deben interpretarse con cautela y confirmarse en cohortes prospectivas de mayor tamaño.

Conclusión

En esta cohorte chilena, la DCD se asoció a un curso clínico favorable, con alta tasa de éxito del tratamiento conservador y baja necesidad de cirugía durante el episodio índice. Los nuevos episodios durante el seguimiento fueron infrecuentes y se asociaron principalmente a antecedentes de enfermedad diverticular izquierda. Estos hallazgos respaldan una estrategia conservadora tras un primer episodio no complicado y sugieren que la indicación de cirugía electiva no debiera basarse exclusivamente en la localización del cuadro inicial.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales: Estudio observacional retrospectivo, sin intervención sobre seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos: Se resguardó la confidencialidad de los datos clínicos y el anonimato de los pacientes conforme a la normativa vigente.

Aprobación del Comité de Ética: El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Clínica INDISA.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento externo.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no presentar conflictos de interés relacionados con este manuscrito.

Declaración de Autoría

- Diego Gianetti Bahamonde: Conceptualización, Metodología, Software, Análisis formal, Investigación, Curación de datos, Redacción - Borrador original, Redacción - Revisión y edición, Visualización, Administración del proyecto.
- Eduardo Mordojovic Zúñiga: Curación de datos, Redacción - Revisión y edición.
- Manuel Lizana Corvera: Investigación, Redacción - Revisión y edición.
- Francisco Rivera Roa: Investigación, Redacción - Revisión y edición.
- Guillermo Reyes Reyes: Investigación, Redacción - Revisión y edición.
- Gonzalo Campaña Villegas: Conceptualización, Metodología, Validación, Redacción - Revisión y edición, Supervisión.

Bibliografía

- Hajibandeh S, Hajibandeh S, Smart NJ, Maw A. Meta-analysis of the demographic and prognostic significance of right-sided versus left-sided acute diverticulitis. *Colorectal Dis.* 2020;22(12):1908-23. doi: 10.1111/codi.15328
- Lee KY, Lee J, Park YY, Kim Y, Oh ST. Difference in clinical features between right- and left-sided acute colonic diverticulitis. *Sci Rep.* 2020;10(1):3754. doi: 10.1038/s41598-020-60397-5
- Rov A, Ben-Ari A, Barlev E, Pelcman D, Susmalian S, Paran H. Right-sided diverticulitis in a Western population. *Int J Colorectal Dis.* 2022;37(6):1251-6. doi: 10.1007/s00384-022-04135-5
- 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. doi: 10.1007/s00268-020-05431-3
- Schneider LV, Millet I, Boulay-Coletta I, Taourel P, Loriau J, Zins M. Right colonic diverticulitis in Caucasians: presentation and outcomes versus left-sided disease. *Abdom Radiol (NY).* 2017;42(3):810-7. doi: 10.1007/s00261-016-0958-6
- Monari F, Cervellera M, Pirrera B, D'Errico U, Vaccari S, Alberici L, et al. Right-sided acute diverticulitis: a single Western center experience. *Int J Surg.* 2017;44:128-31. doi: 10.1016/j.ijssu.2017.06.025
- Erdoğan D, Çorbacı K, Tayyar N, Cambaztepe F, Alkan Kayaoğlu S, Toker S, et al. Acute right-sided colonic diverticulitis is an unusual cause of right lower quadrant pain: a retrospective single-center cohort study. *Haydarpasa Numune Med J.* 2025;65(3):270-75. doi: 10.14744/hnhj.2025.27048
- Lauricella S, Brucchi F, Palmisano D, Baldazzi G, Bottero L, Cassini D, et al. Right-sided colonic diverticulitis. Short and long-term surgical outcomes and 2-year quality of life. *World J Surg.* 2024;48(2):484-92. doi: 10.1002/wjs.12065
- Lee JH, Ahn BK, Lee KH. Conservative treatment of uncomplicated right-sided diverticulitis: a systematic review and meta-analysis. *Int J Colorectal Dis.* 2021;36(8):1791-1799. doi: 10.1007/s00384-021-03913-x
- Hari Rajah Kumar. An update on the management of right-sided colonic diverticulitis: narrative. *SAR J Surg.* 2025;6:85-9. doi: 10.36346/sarjs.2025.v06i04.004
- Hall J, Hardiman K, Lee S, Lightner A, Stocchi L, Paquette IM, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the treatment of left-sided colonic diverticulitis. *Dis Colon Rectum.* 2020;63(6):728-47. doi: 10.1097/DCR.0000000000001679
- 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. doi: 10.1186/s13017-020-00313-4
- Palacios Huatuco RM, Pantoja Pachajoa DA, Liaño JE, Picón Molina HA, Palencia R, Doniquian AM, et al. Right-sided acute diverticulitis in the West: experience at a university hospital in Argentina. *Ann Coloproctol.* 2023;39(2):123-30. doi: 10.3393/AC.2021.00402.0057
- Sobrado LF, Caldas TG, Facanali CG, Bustamante-Lopez L, Sobrado CW. Case series of right colon diverticulitis in the West: a neglected disease? *J Coloproctol (Rio J).* 2022;42(4):302-307. doi: 10.1055/s-0042-1757953
- Abedrapo M, Moreno N, Saavedra V, Peters T, von Jentsch N, Bocic G, et al. Prevalencia de divertículos colónicos asintomáticos en población chilena como hallazgo imagenológico en tomografía de abdomen y pelvis. *Rev Cir.* 2019;71(3):230-37. doi: 10.4067/s2452-45492019000300230

16. Park HC, Kim BS, Lee K, Kim MJ, Lee BH. Risk factors for recurrence of right colonic uncomplicated diverticulitis after first attack. *Int J Colorectal Dis.* 2014;29(10):1217-22. doi: 10.1007/s00384-014-1941-8
17. Lee YF, Tang DD, Patel SH, Battaglia MA, Shanker BA, Cleary RK. Recurrence of acute right colon diverticulitis following nonoperative management: a systematic review and meta-analysis. *Dis Colon Rectum.* 2020;63(10):1466-73. doi: 10.1097/DCR.0000000000001787
18. Courtot L, Bridoux V, Lakkis Z, Piessen G, Manceau G, Mulliri A, et al. Long-term outcome and management of right colonic diverticulitis in western countries: multicentric retrospective study. *J Visc Surg.* 2019;156(4):296-304. doi: 10.1016/j.jvisc Surg.2019.01.005
19. Chou YH, Chiou HJ, Tiu CM, Chen JD, Hsu CC, Lee CH, et al. Sonography of acute right-sided colonic diverticulitis. *AJR Am J Roentgenol.* 2001;176(2):419-25. doi: 10.2214/ajr.176.2.1760419
20. Issa N, Paran H, Yasin M, Neufeld D. Conservative treatment of right-sided colonic diverticulitis. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2012;24(11):1254-58. doi: 10.1097/MEG.0b013e328357e672
21. Ma Z, Liu W, Zhou J, Yao L, Xie W, Su M, et al. Management and long-term outcomes of acute right colonic diverticulitis and risk factors of recurrence. *BMC Surg.* 2022;22(1):132. doi: 10.1186/s12893-022-01578-z
22. Ha GW, Lee MR, Kim JH. Efficacy of conservative management in patients with right colonic diverticulitis. *ANZ J Surg.* 2017;87(6):467-70. doi: 10.1111/ans.13028
23. Oh MY, Shin R, Heo SC, Lim HK, Kim MJ, Park JW, et al. Investigation of the clinical features and recurrence patterns of acute right-sided colonic diverticulitis: a retrospective cohort study. *Ann Med Surg (Lond).* 2022;81:104431. doi: 10.1016/j.amsu.2022.104431
24. Levy MJ, Osterkamp RL, Glauninger K, Strate LL. Diverticulosis morphology is associated with risk of diverticulitis. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2024;36(4):382-86. doi: 10.1097/MEG.0000000000002717
25. Sung CW, Liu KL, Wang HP, Chen IC, Huang EPC, Lien WC, et al. Colonic diverticulitis location is a risk factor for recurrence: a multicenter, retrospective cohort study in Asian patients. *Sci Rep.* 2022;12:4559. doi: 10.1038/s41598-022-08708-w
26. Hupfeld L, Burcharth J, Pommergaard HC, Rosenberg J. Risk factors for recurrence after acute colonic diverticulitis: a systematic review. *Int J Colorectal Dis.* 2017;32(5):611-22. doi: 10.1007/s00384-017-2766-z
27. Lee KY, Lee J, Park YY, Oh ST. Routine colonoscopy may be needed for uncomplicated acute right colonic diverticulitis. *BMC Gastroenterol.* 2021;21(1):91. doi: 10.1186/s12876-021-01672-1
28. Castillo Warnken V, Escalona Boada C, Mordojovich Zuñiga E, Lizana Corvera M, Martínez Mardones M, Campaña Villegas G. Caracterización y rendimiento diagnóstico de colonoscopías realizadas en pacientes menores de 45 años. *Rev Cir.* 2026;78(1). doi: 10.35687/s2452-454920260012779