



ESTUDIO DE CASO: DIAGNÓSTICO IMAGENOLÓGICO EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON.

Lcdo. Juan Carlos Cantos Vinces¹

Contacto: juancarloscv21@gmail.com

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Juan Carlos Cantos Vinces (2018): "Estudio de caso: diagnóstico imagenológico en un paciente con enfermedad diverticular del colon", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (abril 2018). En línea: [//www.eumed.net/rev/caribe/2018/04/diagnostico-enfermedad-colon.html](http://www.eumed.net/rev/caribe/2018/04/diagnostico-enfermedad-colon.html)

Resumen

Este trabajo se realizó para dar a conocer que el estudio imagenológico del colon por enema con doble contraste (bario + aire) donde el contraste positivo se observa que es retenido dentro del divertículo y el negativo diferencia las paredes del colon; observando unas imágenes fidedignas del diagnóstico. Paciente de sexo masculino de 64 años de edad con cuadro clínico caracterizado por dolor en el flanco izquierdo irradiado a fosa izquierda que se acompaña de disquecia (dolor a la deposición) y alteraciones de constipación y en ocasiones deposiciones líquidas. Se realizan múltiples exámenes como de laboratorio, imagenológicos (Rayos x simple de abdomen, Estándar de tórax, Colon por enema con doble contraste) y colonoscopia, se diagnostica como enfermedad diverticular del colon a nivel de las porciones sigmoideo y tercio inferior del descendente cual necesita tratamiento. La tasa de perforación de un divertículo o cuadro inflamatorio aumenta al no ser tratado a tiempo, y puede llevar a procesos quirúrgicos de urgencias. Por lo cual es necesario un diagnóstico apropiado y oportuno, que pueda buscar una mejor calidad de vida al paciente.

Palabras claves: Enfermedad diverticular, Colon por enema con doble contraste, Divertículo

Abstract

This work was done to make known that the study Imagenológico colon by enema with double contrast (barium air) where the positive contrast is observed that is retained within the diverticulum and the negative difference with the walls of the colon; Observing some reliable images of the diagnosis. A 64-year-old male patient with a clinical picture characterized by left flank pain irradiated to the left fossa accompanied by disquecia (pain to deposition) and constipation disturbances and sometimes liquid stools. Multiple laboratory tests, Imagenológicos (simple x-ray of the abdomen, standard of thorax, colon by enema with double contrast) and colonoscopy, are diagnosed as diverticular disease of the colon at the level of the sigmoid portions and lower third of the descender which needs treatment. The rate of perforation of a

¹ Licenciado en radiología e imagenología.

diverticulum or inflammatory box increases by not being treated in time, and can lead to surgical procedures of emergencies. Therefore, it is necessary to have an appropriate and timely diagnosis, which can seek a better quality of life for the patient.

Keywords: diverticular disease, Colon with double contrast enema, diverticulum

Introducción

La enfermedad diverticular fue descrita por primera vez por el Dr. Littre en 1700 como saculaciones (herniación) de las paredes del colon. En 1849 el Dr. Cruveilhier fue la primera persona en describir la evaluación anatomopatológico de los divertículos. Más tarde, en 1899 Dr. Graser introdujo el término peridiverticulitis que sugería que la patogenia de los divertículos era la herniación de la mucosa a través de la zona de penetración de los vasa recta (Valencia y Quiroz 2015).

Dr. Beer postuló en 1904 que el mecanismo de la diverticulitis era la impactación de materia fecal en el cuello o entrada del divertículo, lo que provoca la inflamación y abscesificación con posible fistulización. Dr. Tellinganuncio 80 casos de diverticulitis del colon sigmoideo en 1908 y Dr. Tellin y Dr. Gruner publicaron en 1917 la reseña clásica de la enfermedad diverticular complicada (Valencia y Quiroz 2015).

En el mundo desarrollado, la prevalencia de enfermedad diverticular tiene entre 5–45%. La mayoría de esta población (90%) está conformada por pacientes con patología del colon distal y sólo 1.5% de los casos involucran únicamente el lado derecho del colon proximal. En contraste, las personas en Asia y África que presentan Enfermedad Diverticular (ED) tienen predominantemente compromiso del colon (70–74%), especialmente el ascendente (Murphy y Hunt 2004).

En Singapur, sólo 23% de los pacientes tienen compromiso del sigmoides y 70% de los tienen diverticulosis del lado derecho que no han pasado la cuarta década de vida. La edad temprana de instalación y la localización sugieren una base genética en el desarrollo de la ED en los países orientales pero esto debe ser más investigado en el futuro no tan lejano (Murphy y Hunt 2004).

A pesar de la creciente occidentalización de su dieta rica en fibra, los japoneses tiene todavía una prevalencia más alta de la ED del lado derecho (sin embargo, los casos que comprometen el colon izquierdo están aumentando). Hong Kong todavía tiene una prevalencia de 76% de diverticulosis del lado derecho. A nivel de occidente La ED tiene una prevalencia menor del 10% en personas que no cruzan la cuarta década de vida, con un estimado del 60% en personas mayores de 80 años (Murphy y Hunt 2004)

El hecho de que la ED del colon afecte con mayor constancia a las sociedades industrializadas del mundo occidental ha hecho considerar que un bajo consumo de fibra

constituye un factor de riesgo muy alto. Los consumos de dietas refinadas con bajo contenido en fibra se vincula a un tránsito lento (\approx 80 horas) y a un escaso volumen de heces (\approx 110 g/día) (Parra y Nicolas 2017).

Una hipótesis atractiva es considerar que el aumento de la presión intracolónica por estos mecanismos aumentaría el riesgo de herniación de la mucosa. Algunos estudios experimentales llevados a cabo en ratas propone efectivamente que una dieta con bajo contenido en fibra comporta un mayor tasa de desarrollar divertículos en 50% vs 9% (Elsy y Diaz2008).

Por otro lado, se ha visualizado que las alteraciones motoras descritas en pacientes con diverticulosis se normalizan con la ingesta de dieta rica en fibra. Otros factores de riesgo asociados al desarrollo de divertículos son el sedentarismo y la obesidad (Parra y Nicolas 2017). Sin embargo muchos estudios mencionan una importante prevalencia, lo que hace evidente que es una enfermedad que afecta sobre todo a personas de mayor edad (Elsy y Diaz 2008).

Se ha observado en algunos estudios con colon por enema con bario que aproximadamente dos tercios de los adultos mayores de 85 años tienen divertículos de colon. De igual manera, la diverticulosis se ha hallado hasta en el 71% de las colonoscopías en las personas mayores de 80 años. En el año 2009, la ED fue el diagnóstico gastrointestinal más común en los Estados Unidos con 283.355 hospitalizaciones, con un costo de 2700 millones de dólares anuales (González 2015).

Casi una cuarta parte (22%) de los pacientes internados con diverticulitis necesitan cirugía de urgencia o electiva. La edad de inicio se ha observado con mayor constancia en la sexta, séptima y octava décadas de la vida. La prevalencia entre ambos sexos ha sido más o menos la misma entre los diferentes informes publicados (González 2015).

En Ecuador según el doctor Gustavo Trujillo Endara, gastroenterólogo y endoscopista digestivo, describe que estos aparecen generalmente a partir de los 50 años. Si bien el 90% de los pacientes que padecen divertículos no presentan síntomas, el 10% manifiesta dolor abdominal en especial en la fosa iliaca izquierda (del ombligo hacia abajo y a la izquierda), además expulsan melena (evacuaciones con sangre negra), fiebre o malestar general (Trujillo 2012).

Materiales y métodos

Este estudio de caso se elaboro con métodos y técnicas que coadyuvaron a la escritura del mismo, entre ellos se encuentra la técnica de recolección de información, se aplico tambien una entrevista y encuesta dirigida al paciente con ED atendido en el centro radiológico CERID, varias interrogantes que fueron respondidas por el medico radiólogo, para saber sobre su criterio imagenológico de dicha patología, además de los métodos teóricos tales como el análisis y la síntesis de la literatura referida al tema, tales como artículos, textos digitales, fuentes teoricas, revistas científicas entre otros los cuales contribuyeron a discernir las causas y efectos de esta enfermedad llamada diverticular del colon.

Desarrollo.

Presentación del caso

Paciente de 64 años, de sexo masculino, procedente del Cantón Santa Ana de la Provincia de Manabí, se presenta a cita médica pre-programada en el hospital del IESS de Portoviejo, El día 25 de octubre del 2016 que refiere dolor leve a nivel de flanco y fosa izquierdo, irradiado a región anal, además es acompañada con disquecia (dolor a deposición) con constipación y alternancia de deposiciones líquidas, y dolor abdominal leve durante varios años. Antecedentes patológicos personales: Arritmia cardíaca hace 2 años atrás, fumador pasivo, sin alergia a medicamentos, constipación crónica, dolor leve abdominal durante varios años, ligero sobrepeso corporal.

También manifiesta que en ciertos alimentos incrementa la sintomatología descrita, más distención abdominal y flatulencia fétida dándose el diagnostico presuntivo de Colitis Amebiana no disentérica. Es enviado a casa con medicamentos para aliviar sintomatología y tratar enfermedad.

Dos días después regresa a emergencia por dolor abdominal intenso, constipación con dolor intenso en abdomen y poca cantidad de heces fecales; al examen físico T: (36°C), FC: (120/80). Abdomen se encuentra duro y doloroso a la palpación profunda, disminución de los ruidos hidroaeros, halitosis y fatiga.

Se envía a realizar Exámenes de laboratorio, Psa parámetros normales, Ft4 parámetros normales, Ft3 parámetros normales, Leucocitos parámetros normales, Hemoglobina parámetros normales, Hematocritos parámetros normales, Lifocitos parámetros normales, Hemoglobina glicosilada parámetros normales, glucosa parámetros normales, Trigliceridos parámetros normales, Colesterol parámetros normales, Amilasa parámetros normales, Lipasa parámetros normales.

Rayos X de tórax parénquima pulmonar, ángulos y vértice conservado, trama bronquial y alveolar se la observa mínima dilatación, botón aórtico con pequeña imágenes arteriomatosa en paredes, corazón de tamaño y medidas normales, ángulos costodiafragmaticos y

cardiofrenicos normales, partes blandas normales. Tórax sin patología aparente.

Rayos X de abdomen en bipedestación, donde nos muestra signos tales como: Distención de asas intestinales, carga fecal unilateral y leve visualización de niveles hidroaéreos, parte muscular y ósea conservadas. Se le realiza un enema con el fin de evacuar las heces, con lo que se observó mejoría y es enviado nuevamente a casa con cambio de medicación.

Acude por 3ra vez el día 24 de enero del 2017 a cita médica por cuadro clínico de constipación de hace 2 días, dolor abdominal en fosa iliaca izquierda malestar general, comenta que los medicamentos enviados ya no le alivian sus síntomas. Al examen físico dolor a la palpación, abdomen blando depresible, doloroso a la palpación profunda, timpanismo a percusión.

Como tratamiento: Se le realiza enema con el fin de aliviar estos síntomas, además se solicita realizar una colonoscopia, colon por enema de bario; y regresar cuando tenga los resultados.

El 03 de mayo del 2017 acude a consulta trayendo resultados de exámenes, cuyos informes son:

Informe de colon por enema con doble contraste: Fácil paso del medio de contraste a través del colon en todos sus segmentos, no se observan defectos de repleción, segmento de estrechez ni dilatación anómala. Numerosos divertículos en colon descendente y sigmoide. Válvula ileocecal incompetente. Haustraciones colónicas de aspectos radiológicos normales.

Informe de colonoscopia: Se pueden evidenciar varias imágenes de evaginaciones de las capas (mucosas y musculares) de diversos tamaños y dimensiones, con pequeños cuellos, a nivel de colon descendente en porción distal, y colon sigmoide, que corrobora el diagnóstico de colon por enema con doble contraste realizado con anterioridad.

Diagnóstico definitivo dado por el médico tratante es: enfermedad diverticular del intestino grueso sin perforación ni absceso.

Ámbito de estudio

De acuerdo a la información obtenida a través del diagnóstico realizado los ámbitos a intervenir en el presente estudio de caso son: En el paciente al que se le analizó mediante prueba de laboratorio, pruebas de imágenes que se realizó como rayos x de tórax y abdomen simple, colon por enema con doble contraste y colonoscopia, en estos dos últimos se llegó al diagnóstico definitivo de esta enfermedad.

Actores implicados

Los actores participante son los siguiente: el paciente, los familiares del paciente quienes incitaron al paciente hacerse el chequeo médico y brindar información del mismo para realizar este trabajo investigativo, licenciado en radiología a colaboración del interno, enfermera, secretaria, medico radiólogo y médico tratante.

Identificación del problema

Los divertículos de colon son herniaciones de porciones de la parte interna (mucosa) de la pared de este órgano, que emergen a través de su capa muscular, formándose como pequeños globos o dilataciones en la pared del intestino grueso. Hasta el 95% se establece en el colon sigmoideo, que es la parte final del colon, antes de llegar al recto, y que queda situado abajo y a la izquierda de la pelvis. (Moreira y López 2005).

Los pacientes con divertículos no los tienen al nacer con esta enfermedad, sino que aparecen a lo largo de toda su vida. Se forman por un aumento de la presión dentro del intestino grueso (presión intramural). Esta presión empuja la mucosa (capa interna) a través de las zonas más débiles (frágil) que existen en la capa muscular, allí donde los vasos sanguíneos la atraviesan. (Moreira y López 2005).

Esta enfermedad no es diagnosticada rápidamente por la falta por varios factores como la falta de tiempo para interactuar con el paciente de los doctores, poca utilidad del colon por enema como uno de los método diagnostico efectivo y fiable en la visualización de la ED, una buena historia clínica del paciente, un buen examen físico, por estos y varios factores mas no se diagnostica esta enfermedad en menor

tiempo y evitar complicaciones y gastos incensarios de recursos tales como implementos médicos y económicos.

Conclusión

Divertículo: (del latín *diverticulum* = desviación) es según la definición, una invaginación en forma de hongos, peras o bolsas en la pared de un órgano cavernoso. Los divertículos pueden aparecer en el intestino (divertículo intestinal), en la vejiga o en el esófago. Pueden ser congénitos o surgir con el paso de la edad. Los médicos diferencian entre divertículos reales y no reales. Los divertículos reales en el intestino son invaginaciones de toda la pared intestinal. Suelen ser congénitos y aparecen individualmente (Abdeljabbar 2012). En comparacion la diverticulitis: Este término representa un aspecto de los cambios inflamatorios que van desde una inflamación local subclínica hasta una peritonitis generalizada con perforación libre entre otros tales como obstrucción, abscesos, fistulas, hemorragia. La diverticulitis aguda puede llevar a una obstrucción parcial del intestino a cacusa del edema (colónico o pericolónico) o compresión a causa de un absceso (Gutiérrez 2014).

Bibliografía

- Abdeljabbar (2012). *Diverticulosis (divertículos en el intestino)*. Recopilado de <http://www.onmeda.es/enfermedades/diverticulitis-definicion-3557-2.html>
- Elsy y Díaz. (2008). *Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon*. Recopilado de file:///C:/Users/acerw7/Downloads/X0375090608497992_S300_es.pdf.
- González. (2015). *Enfermedad diverticular del colon*. Recopilado <http://hospitalesprivadosdecentroamerica.com/publicaciones/Enfermedad-Diverticular-de-Colon>.
- Gutierrez. (2014). *Enfermedad diverticular*. Recopilado de <https://es.slideshare.net/anaberrthallamas/enfermedad-diverticular-31313513>
- Murphy y Hunt. (2004). *Enfermedad diverticular*. Recuperado de <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/diverticular-disease-spanish-2004.pdf>
- Parra y Nicolás. (2016). *Enfermedad diverticular del colon*. Recuperado de http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/38_Enfermedad_diverticular.pdf
- Parra y Nicolas. (2017). *Enfermedad divertivular delcolon: una vision contemporanea*. Recopilado de <http://www.amc.org.mx/web2/images/media/enfermedad/ENFERMEDADDIVERTICULARDELCOLON.pdf>.
- Trujillo. (2012) *Molestosos divertículos*. Recuperado de

<http://www.larevista.ec/orientacion/salud/molestosos-diverticulos>

- Valencia y Quiroz. (2015). *Estadio de hinchey más frecuentemente encontrado en pacientes del hospital ángeles pedregal. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2016/am162b.pdf>*

