

Diverticulosis del Colon

Por el doctor Augusto Salazar Sánchez

(Jefe de Clínica Quirúrgica).

Historia Clínica. L. M. C. natural de Suaita, de 36 años de edad, comerciante de profesión, consulta por dolores abdominales y fenómenos dispépticos; narra entre sus antecedentes el haber sufrido durante 20 años de una litiasis biliar, cuyas manifestaciones cedieron al serle practicada la colecistectomía hace 6 años: fue apendicitomizado hace 10 años: los demás antecedentes carecen de importancia.

Desde hace tres años presenta marcada anorexia, cólicos iguales a los que se presentaban antes de ser operado, vómitos, estados ictericos pasajeros, agrieras y marcada costipación.

Se trata de un enfermo brevilíneo, obeso, cuyo examen clínico revela la presencia de un marcado meteorismo abdominal, sin que haya puntos dolorosos, tumefacciones, vísceras palpables ni ninguna otra anomalía.

Dados sus antecedentes quirúrgicos, se hace el diagnóstico de colangitis crónica, instituyéndose en consecuencia un régimen dietético adecuado y la terapéutica médica correspondiente (colagogos, desinfectantes biliares, metionina, colina, etc) al mismo tiempo que se ordena un examen coprológico y uno radiológico de vías divestivas y biliares. Los resultados de tales exámenes son los siguientes:

Examen Coprológico:

Color: amarillo.

Aspecto: lientérico

Reacción: ácida.

Sangre: no hay.

Moco: no hay

Grasas: +

Almidones: +++

Restos vegetales ++

Fibras musculares +

E. Histolítica (Quistes) +

E. Colí (Quistes) +

Fdo. Jaime Ramírez B.

Examen radiológico; número 17177.—En el examen fluoroscópico del tórax se encuentran los campos pulmonares con su claridad normal; el diafragma no presenta ninguna irregularidad y el corazón y los vasos de su base aparecen con su configuración habitual.

En las radiografías tomadas después de la ingestión de feniodol no se visualizó la vesícula biliar, lo cual está de acuerdo con el antecedente quirúrgico del paciente. Tampoco aparecen en las radiografías imágenes de cálculos opacos a los rayos X. El tamaño de la sombra del hígado es ligeramente inferior al normal.

En el esófago no se nota ninguna irregularidad. El estómago es de tamaño, forma y situación normales. No se nota ninguna irregularidad en el dibujo de los pliegues de la mucosa gástrica y tampoco se ven deformaciones en los contornos de este órgano. El peristaltismo es activo y la evacuación se efectuó sin dificultad y en un plazo normal. Las imágenes del duodeno y de las ansas yeyunales son normales.

Ocho horas después de tomado el bario se ven inyectadas las ansas del ileon, el ciego, el colon ascendente y parte del lado derecho del trasverso. El resto del intestino grueso se encuentra lleno de gas. Veinticuatro horas después de tomado el bario, todo el colon se encuentra inyectado. Este órgano es espástico y desde el colon ascendente hasta la ampolla rectal se ven numerosos divertículos pequeños, los cuales ponen de manifiesto una extensa diverticulosis. De usted muy atento y seguro servidor, (Fdo) Francisco Convers”.

Como se vé, en este caso el diagnóstico de diverticulosis del colon fue un hallazgo de radiología, puesto que el examen clínico ni siquiera había arrojado una sombra de sospecha sobre la presencia de tal entidad; debo añadir, que las molestias que aquejaban al enfermo cedieron considerablemente al poco tiempo de sometido al tratamiento arriba indicado.

Dada la rareza de esta entidad, quiero hacer algunas consideraciones en torno suyo.

Consiste la afección en la presencia de divertículos, es decir, de pequeñas bolsas, en las paredes del colon, que están en comunicación con la luz intestinal. Su tamaño es generalmente pequeño, como el de una alverja; rara vez son más grandes; se sitúan con la mayor frecuencia en el colon sigmoide y el descendente; mas raras veces en las otras porciones del intestino grueso. La constitución de estos divertículos es variada, lo que ha hecho que se haya intentado clasificarlos aceptándose la presencia de verdaderos y falsos diverti-

culos: los primeros estarían formados por las tres capas del intestino, al paso que los últimos lo estarían tan sólo por la serosa y la mucosa, faltando en ellos la capa muscular. Esta clasificación anatómo-patológica no tiene mayor importancia clínica, puesto que en el mismo enfermo pueden encontrarse ambas clases de divertículos. Su contenido es fecal: pequeños coprolitos o materias fecales blandas, o, en los casos que son asiento de inflamaciones, pus.

La diverticulosis del colon es una entidad poco frecuente: tres años al frente de un servicio de clínica quirúrgica en el cual se atiende un elevado porcentaje de enfermedades digestivas, me han permitido hacer una sola observación de ella; no se si en realidad es que su diagnóstico, pasa desapercibido, o que la enfermedad no se busca, pero es lo cierto que su frecuencia es muy escasa.

Las condiciones etiológicas que la determinan son poco conocidas: se sabe hoy que aparece en la segunda mitad de la vida, en personas obesas, y que la constipación es una compañera casi permanente. Edad, obesidad y constipación, son los tres factores etiológicos que tiene, hasta donde llegan los conocimientos actuales. Parece que la esclerosis vascular, por la mala irrigación que la acompaña, hace que se produzca una mala nutrición de las capas musculares, cuya consecuencia es que la mucosa hace hernia a través de la muscular y forma los divertículos; o bien que el exceso de obesidad hace que la infiltración grasosa de las paredes del colon produzca separación de las fibras musculares, trayendo como consecuencia la diverticulosis. Estas dos concepciones fisiopatológicas explicarían en cierto modo la formación de los que se han llamado falsos divertículos; pero no de aquellos en los cuales se hallan presentes las tres capas constitutivas del tubo digestivo; para estos últimos se ha dicho que son hernias de la pared colónica que se han hecho a través de los espacios intervasculares. Como se ve, el mecanismo de su formación es bastante claro y explica fácilmente el por qué de la enfermedad se presenta en individuos obesos y de cierta edad.

Queda por analizar la influencia de la constipación en la etiología de la diverticulosis; en realidad, la anatomía muscular la explica; pero surge un interrogante: la constipación es causa, o es efecto de la diverticulosis? Porque es claro que en un tubo digestivo cuyas paredes son átonas, la constipación es la regla y si se añade que esta última aumenta la atonía, y que la diverticulosis impide la buena contracción de las fibras musculares, se tiene allí un círculo vicioso

en virtud del cual la constipación es causa y es efecto de la diverticulosis.

La sintomatología es variada, pero son cuatro fenómenos (dolor, constipación, diarrea y meteorismo), los que se han considerado como clásicos de esta afección. En realidad como en el caso presentado, la enfermedad ofrece síntomas tan vedados que son fácilmente atribuibles a cualquiera otra enfermedad concomitante, digestiva o extradigestiva, o bien, permanece asintomática y las más de las veces ignorada, siendo su diagnóstico un hallazgo de radiología cuando se ordena tal examen para estudiar cualquier síndrome abdominal que presente el paciente.

El dolor de la diverticulosis es debido a la distensión crónica del colon y en consecuencia no es agudo, sino que es una sensación de llenura, de pesadez, vagamente dolorosa, que se agudiza por el paso de los gases y de las materias fecales. Un dolor abdominal agudo se produce cuando el divertículo es asiento de fenómenos inflamatorios agudos, o de traumatismos producidos por el paso de un bolo fecal endurecido: en el primer caso reviste las características de los dolores que se producen en el curso de las colitis agudas, ya que en realidad, se trata de una colitis diverticular; o bien, se manifiesta como un dolor epigástrico que al repetirse periódicamente hace pensar en la presencia de ulceraciones digestivas altas, es decir, situadas en la región gastro-duodenal.

La constipación y la diarrea son síntomas propios de todas las afecciones colónicas y únicamente debe anotarse aquí que por las consideraciones fisiopatológicas arriba anotadas, la constipación suele ser más frecuente que la diarrea.

Por último, el síntoma flatulencia, el meteorismo, es variable de un enfermo a otro y por tanto su apreciación y su justipreciación se hacen difíciles. Es lógico que en los casos en los cuales se presenta un fenómeno inflamatorio agudo el síntoma estudiado, al igual que los demás, se hace más acentuado.

Estudiada la diverticulosis del colon de acuerdo con la descripción expuesta, es necesario asociarla a la diverticulitis, que no es otra cosa que la inflamación aguda o crónica de los divertículos. Dada la frecuencia con la cual se localiza la afección en el colon sigmoide, fácilmente se comprende por qué se ha llamado a la diverticulosis apendicitis izquierda. Y es que en realidad, la sintomatología es igual a la apendicular, pero de localización izquierda: dolor, vómitos, defensa muscular, etc. Esta diverticulitis puede evolucionar

hacia la resolución, o bien, puede producirse una perforación diverticular con las consecuencias que acarrea consigo toda perforación intestinal: se han citado casos de peritonitis localizada, de peritonitis generalizada, de fístula estercorácea y de fístula colo-vesical.

Debe citarse también la frecuencia con la cual se producen obstrucciones intestinales en el curso de las diverticulitis; son debidas, a espasmos del colon que se producen mientras dura la crisis diverticular, o bien a procesos de peri-diverticulitis. Como se vé la diverticulitis constituye el punto de partida para la producción de las más variadas complicaciones, lo cual hace que su pronóstico sea un poco obscuro, ya que las más de las veces se impone la necesidad de un tratamiento quirúrgico, sea para drenar un foco de peritonitis, o bien para corregir una fístula, o bien para tratar un íleo mecánico.

El tratamiento de la diverticulosis debe dirigirse a corregir la sintomatología; en efecto, la corrección de la constipación mediante un régimen dietético adecuado, con la adición de laxantes mecánicos cuando fuere el caso, hace que la flatulencia y aún los dolores vayan desapareciendo poco a poco. Se ha indicado la conveniencia de administrar algunos antiespasmódicos, para mantener mejor aún las funciones del colon.

Todo enfermo de diverticulosis debe ser observado permanentemente pues sobre él se cierne la amenaza de una complicación. En presencia de la diverticulitis aguda, el enfermo debe guardar reposo absoluto; se aplicará hielo en el abdomen: se darán desinfectantes intestinales por vía oral (sulfatalidina, sulfasuccidina, vacunas, etc) o por vía parenteral (estreptomina) si las condiciones de vómito o náuseas así lo exigieren. Se tratarán estos dos últimos síntomas mediante cualquiera de los recursos terapéuticos conocidos, al mismo tiempo que se reemplazarán los líquidos perdidos mediante la administración parenteral de soluciones dextrosadas y salinas. Si a pesar de las medidas anotadas la sintomatología no cede, debe pensarse en que se ha añadido al proceso de diverticulitis una complicación más, como la perforación, o bien que se esté iniciando la producción de una oclusión intestinal cuyos signos deben buscarse, para adoptar entonces la terapéutica quirúrgica. Está por demás decir que esta última variará según el diagnóstico que se haya establecido y los hallazgos quirúrgicos que se hagan.