

JENIFER MICHELLE BRAVO VELÁZQUEZ

NEFI ALEJANDRO SÁNCHEZ

UNIVERSIDAD DEL SUR

NUTRICIÓN

Diverticulosis y enfermedades ano rectales

El divertículo se encuentra en el intestino y se puede dividir en falso y verdadero, Los primeros son una hernia sacciforme de toda la pared intestinal, mientras que en los segundos se proyectan sólo la mucosa y submucosa a través de la muscular propia del colon.

Los divertículos se observan con más frecuencia en el lado izquierdo y colon sigmoide; no se forman en el recto.

Los divertículos se forman en el punto donde la arteria nutricia (*vasos rectos*) penetra a través de la capa muscular propia, lo que genera una solución de continuidad de la pared del colon. Es probable que esta limitación anatómica sea consecuencia de la zona de presión relativamente elevada en la porción muscular del colon sigmoidea.

Los divertículos se observan con más frecuencia en el lado izquierdo y colon sigmoides; no se forman en el recto. Sin embargo, en las poblaciones asiáticas, 70% de los divertículos se halla en el colon derecho y el ciego. La *diverticulitis* es la inflamación de un divertículo. Con anterioridad se consideraba en la patogenia de la diverticulosis que la única causa era la alimentación con escasa fibra y la diverticulitis aparecía de modo repentino cuando estos divertículos se obstruían. No obstante, la evidencia indica que la patogenia es más compleja y multifactorial. Los divertículos se forman en el punto donde la arteria nutricia, o *vasa recti*, penetra a través de la capa muscular propia, lo que genera una solución de continuidad de la pared del colon. La mayor parte de las hemorragias se resuelve de forma espontánea con reposo intestinal. El riesgo de padecer una nueva Otra opción es practicar una resección segmentaria del colon para eliminar el riesgo de una hemorragia ulterior. Este método es más aconsejable en los individuos que reciben anticoagulantes en forma crónica. Sin embargo, con la embolización altamente selectiva con espirales, la tasa de isquemia de colon es <10% y el riesgo de una hemorragia aguda recurrente es <25%. Los resultados a largo plazo (40 meses) indican que más de 50% de los pacientes con hemorragia diverticular aguda tratados con angiografía altamente selectiva se han sometido a un tratamiento definitivo. Otra opción más se basa en administrar una solución selectiva de vasopresina para detener la hemorragia, pero este método se ha vinculado con complicaciones graves, incluidos infarto del miocardio e

isquemia intestinal. Además, la hemorragia ocurre en 50% de los sujetos cuando se suspende la solución.

En pacientes inestables o que han padecido una hemorragia para requerir seis unidades en las últimas 24 h, hoy en día se recomienda operar. Cuando la hemorragia está circunscrita se lleva a cabo una resección segmentaria. Cuando la hemorragia no se ha identificado en forma definitiva, muchas veces es necesario llevar a cabo una colectomía subtotal. En los individuos sin otras enfermedades graves es posible practicar una resección quirúrgica con anastomosis primaria. En los pacientes que han recibido >10 unidades de sangre se ha registrado una tasa más elevada de filtración anastomótica. hemorragia a lo largo de la vida es de 25 por ciento.

A pesar de que los beneficios de la colonoscopia en la valoración de los pacientes con diverticulosis se han objetado, todavía se considera importante el procedimiento para excluir cáncer colorrectal. La epidemiología paralela del cáncer colorrectal y diverticulosis es lo suficientemente preocupante para realizar una valoración endoscópica antes de la cirugía. Por consiguiente, es necesario efectuar una colonoscopia cada seis semanas después de un episodio de diverticulitis.

TRATAMIENTO MÉDICO

La diverticulosis asintomática que se descubre en estudios de imagen o durante una colonoscopia se trata mejor mediante modificaciones de la dieta. Se instruye a los pacientes para que consuman una dieta enriquecida en fibra que incluya 30 g de fibra cada día. Son útiles los productos de fibra complementarios como *psyllium*, poliacarbófilo de calcio o metilcelulosa. En fumadores aumenta al parecer la incidencia de diverticulosis complicada; por tal motivo, es preciso instar a los pacientes a abstenerse de fumar. La recomendación histórica de no comer nueces no se basa más que en datos anecdóticos.

La diverticulosis sintomática sin complicaciones, cuya presencia se ha confirmado por la existencia de inflamación e infección en el interior del colon, debe tratarse al principio con antibióticos y reposo intestinal. Casi 75% de los sujetos hospitalizados por diverticulitis aguda mejora con tratamiento médico que incluya un régimen antimicrobiano adecuado. La protección recomendada con antimicrobianos comprende trimetoprim/sulfametoxazol o ciprofloxacina y metronidazol que actúen contra bacilos aerobios gramnegativos y

bacterias anaerobias. Por desgracia, con los fármacos anteriores no se combate a los enterococos y se recomienda agregar a este régimen [ampicilina](#) para pacientes que no mejoran. Como posibilidad adicional, podría ser eficaz la monoterapia con una penicilina de tercera generación o piperacilina por vía IV o la combinación de penicilina/ácido clavulánico VO. El ciclo usual de antibioticoterapia comprende siete a 10 días, si bien este lapso se halla bajo investigación. Es importante que el paciente reciba una dieta limitada mientras cede el dolor.

Una vez que se resuelve la crisis, el tratamiento médico principal de la diverticulosis para prevenir síntomas ha cambiado. Hoy en día, los principales objetivos son la inflamación del colon y la disbiosis, y la diverticulosis se considera una enfermedad intestinal funcional acompañada de inflamación leve. Por tanto, ha ganado aceptación la administración de antiinflamatorios como la [mesalazina](#). Los pacientes que reciben este último experimentan menos recurrencias sintomáticas. Se conducen ahora estudios clínicos con asignación al azar de estos antiinflamatorios.

También son útiles las medidas terapéuticas cuyo objetivo es la disbiosis de la diverticulosis. La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en muestras de heces fecales de personas que consumen una alimentación con fibra abundante ha demostrado un contenido bacteriano distinto del de las evacuaciones de los individuos que consumen una alimentación con escasa fibra y grasa abundante. Los gastroenterólogos cada vez utilizan más los probióticos para diversas afecciones intestinales y se ha demostrado que previenen la diverticulitis recurrente. De manera específica, los probióticos que contienen cepas de *Lactobacillus acidophilus* y *Bifidobacterium* son los más favorables. Además, la [rifaximina](#) (antibiótico de amplio espectro que no se absorbe bien), frente a la fibra aislada, se acompaña de 30% menos síntomas recurrentes por diverticulosis no complicada.

ISQUEMIA MESENTÉRICA

La Isquemia Mesentérica se define como el estado de emergencia tisular en uno o más órganos, que se sirven por la circulación mesentérica, secundaria a una interrupción aguda del flujo vascular mínimo para llenar sus necesidades energéticas y metabólicas.

Un estado de insuficiencia vascular esplácnica puede ser el resultado de la oclusión de uno o más vasos mesentéricos mayores, o ser consecuencia de un vasoespasmo sobre la microvasculatura o una combinación de ambas, diferenciando su etiología en formas oclusivas y no oclusivas, y de acuerdo al tiempo de instauración en Agudas y Crónicas.

En la insuficiencia vascular mesentérica aguda, se presenta con un cuadro clínico poco específico, el diagnóstico en diferentes series, es hecho en el 50% durante el examen de autopsia, dato que revela problemas importantes en el diagnóstico clínico:

1. Falla para reconocer los pacientes de alto riesgo.
2. Insuficiente apreciación de la forma de presentación atípica de esta patología.
3. Dificultad de interpretación de los exámenes de laboratorio y ausencia en la disponibilidad de métodos específicos.
4. La tendencia preferencial de diagnosticar enfermedades más conocidas y de corriente manejo.

Si este se efectúa luego de sobrevenir el infarto intestinal, la mortalidad será de un 80% - 90%. En el caso de isquemia mesentérica por embolia, la revascularización en las primeras doce horas y que no requiere resección intestinal, tiene excelentes resultados en un 80% de los casos, hay complicaciones graves en un 10% y muerte en el restante 10%; luego de este tiempo casi siempre es necesario realizar resección intestinal a pesar de haber logrado la revascularización, y los resultados llegan a ser buenos en el 15% de los casos, con complicaciones en el 20% y muerte en el 65% restante.

La laparoscopia ha sido utilizada en el diagnóstico de isquemia mesentérica. en especial cuando la etiología es por trombosis. Además de la observación directa de algunos segmentos intestinales, pueden obtenerse líquido peritoneal para su estudio¹⁵. La observación de los pacientes de alto riesgo constituye la mejor forma de prevención. El desconocimiento de los factores de predisposición de mayor incidencia en nuestro entorno, junto a la forma de presentación, constituyen dos errores frecuentes y graves

durante un enfoque. Con este estudio podemos volver la vista atrás y establecer la forma de presentación, el abordaje diagnóstico y la mortalidad de los pacientes que fueron atendidos en el Hospital México en un lapso de 5 años, constituyendo en un primer paso para autoevaluar nuestro comportamiento.

Métodos

El estudio consiste en un análisis retrospectivo de los expedientes de todos los pacientes admitidos en el Hospital México durante los años 1993 a 1998 con diagnóstico de Isquemia mesentérica. La información se recolectó en un formulario que incluía las siguientes variables: Ficha de identificación, sexo, edad, factores predisponentes que favorece la patología en estudio, presentación clínica del paciente, sospecha clínica, tiempo requerido para el diagnóstico, tiempo que demoró en la consulta, diagnósticos diferenciales, alteraciones en los exámenes de laboratorio, utilización de exámenes imagenológicos y su efectividad, clasificación etiológica, clasificación por extensión, procedimiento quirúrgico realizado, fallecimiento. Una vez obtenidos los datos se lleva a cabo la tabulación de estos.

Los exámenes de laboratorio tienen una tendencia hacia su alteración; la serie revisada estableció en su orden cambios en la Función Renal en 86% de los casos, Hemoleucograma 76%; Acidosis Metabólica 72% y Función Hepática 38%.

Los exámenes de laboratorio tienen una tendencia hacia su alteración; la serie revisada estableció en su orden cambios en la Función Renal en 86% de los casos, Hemoleucograma 76%; Acidosis Metabólica 72% y Función Hepática 38%.

La radiografía usada en un 42% nunca fue diagnóstica en su hallazgo; le sigue el Ultrasonido 14.2% y el TAC 9.5%, aunque siendo este último un recurso muy útil según la literatura, fue ineficaz en sus hallazgos; solo en un caso 4.7% se practicó fotografía.

Se identificaron un total de 21 casos, durante el período de estudio. La isquemia mesentérica se presenta con una tendencia clara hacia el sexo masculino en proporción de 9.5:1, siendo el grupo etario más afectado los comprendidos entre 70-79 años.

