

ENFERMEDAD DIVERTICULAR

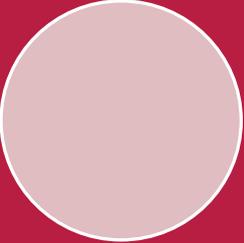
LIZBETH REYES ULLOA



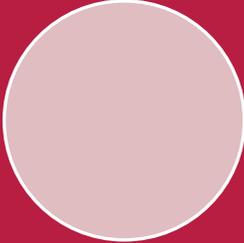
DEFINICION

El término diverticulosis describe la presencia de pseudodivertículos (formados por mucosas y sub mucosas) se producen como consecuencias de la herniación de la mucosa en las tenías mesentericas y lateral debida a la hipertensión que soportan las áreas más débiles de la pared

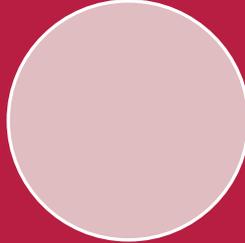
Este transtorno es muy frecuente puede afectar a 1/3 de la población mayor de 45 años y 2/3 de los mayores de 85 años de 10 a 25 % van a desarrollar diverticulosis a la edad promedio de 62 años



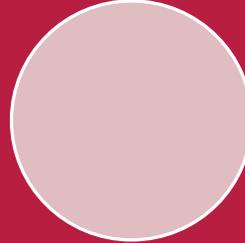
En los 95% de los casos se localizan en Sigma, en el 35% afecta a varios segmentos del colon y es muy rara la afectación rectal



Suelen ser asintomáticos en ocasiones pueden presentar a dolor recurrente pero casi siempre las características sugieren un síndrome del intestino irritable



Enfermedad diverticular se hacen asintomáticos o se complica aparece lo que se conoce como enfermedad diverticular



Le enfermedad diverticular se puede vivir en Diverticulosis enfermedad diverticular sintomática no complicada Diverticulitis aguda Hemorragia por enfermedad diverticular



DIVERTICULOSIS SINTOMATICA

Los pacientes con diverticulosis sintomática presenta síntomas crónicos de dolor en fosa iliaca izquierda sin episodios previos de diverticulitis en ocasiones presenta colitis asociada a los divertículos, por lo que surge diarrea y rectorragia

Recomendaciones: Dietas ricas en fibra vegetal, dietas bajas en grasas y carne roja, control y prevención de la obesidad

DIVERTICULITIS AGUDA

Es una complicación de la diverticulitis que se debe a la inflamación de un divertículo

Se produce por la obstrucción de la luz del divertículo con un material colonico fecalito

Es mas frecuente en varones y se produce en el sigma y el colon descendente

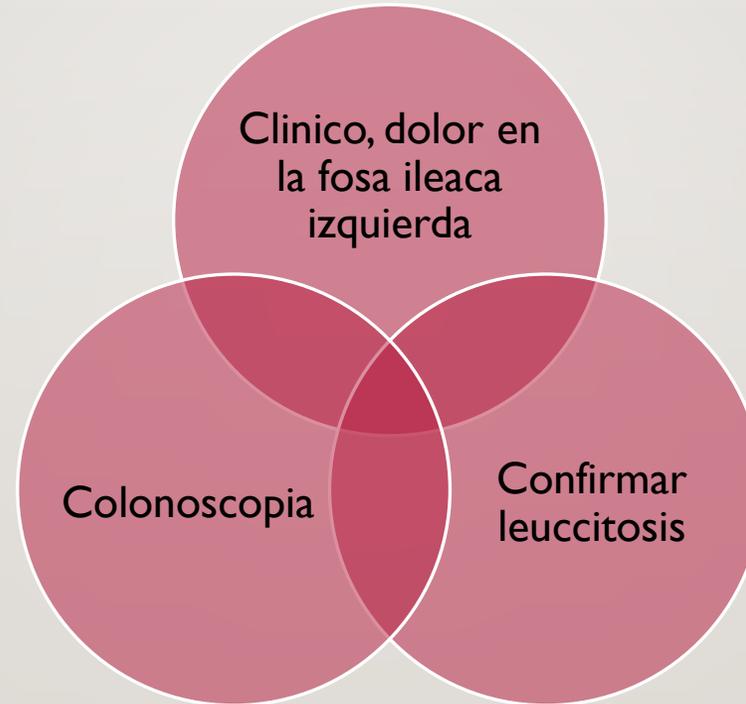
CLINICA

Episodios mínimamente sintomáticos

Fiebre, dolor en hipogastrio o en fosa iliaca izquierda y signos de irritación peritoneal

Diagnostico diferencial: Síndrome de intestino irritable, gastroenteritis aguda, obstruccion intestinal, apendicitis ,colitis isquémica.

DIAGNOSTICO



Inflamación de la pared del sigma
secundaria a diverticulitis no complicada



Figura 4.2. TC de diverticulitis no complicada (Hinchey 0)

Absceso pélvico secundario a diverticulitis de sigma complicada
susceptible de drenaje percutáneo y antibióticos



Figura 4.3. Diverticulitis complicada (Hinchey II)

Estadio 0	Diverticulitis
Estadio Ia	Inflamación pericólica y flemón
Estadio Ib	Absceso < 5 cm en la proximidad del proceso inflamatorio primario
Estadio II	Absceso intrabdominal, pélvico o retroperitoneal. Absceso distante al sitio inflamatorio primario
Estadio III	Peritonitis purulenta generalizada
Estadio IV	Peritonitis fecal

Tabla 4.1. Clasificación de las diverticulitis agudas según Hinchey

TRATAMIENTO

Tratamiento urgente:
Diverticulitis no complicada.
Antibiocoterapia, consumo de
fibras después de primer cuadro
previene recurrencia de casos.

Antibiotico: Ciprofloxacino.

SANGRADO DIVERTICULAR



TUMORES MALIGNOS

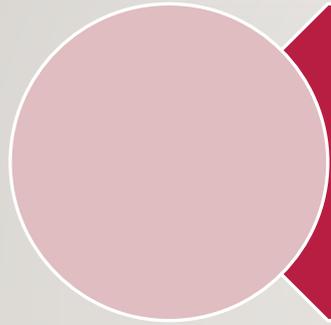
LIZBETH REYES ULLOA



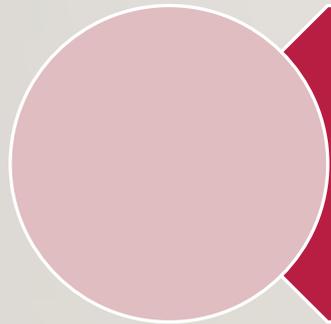
ASPECTOS GENERALES DEL CÁNCER COLORRECTAL

Es una de las neoplasias más frecuentes en nuestro medio en general los hombres presentan una mayor tendencia a presentar polipos adenomatosos y CCR que las mujeres el principal factor de riesgo es la edad superior de los 50

EPIDEMIOLOGÍA



El riesgo promedio para padecer esta entidad es del 6% para la población en general.



El cáncer de color ocupa el 3 causa de incidencias y es el segundo en mortalidad en el mundo

PATÓGENESIS

Existen 3 mecanismos patógenicos que están relacionados con el cáncer colorrectal

1. _inestabilidad cromosomal (60-70%) alteración con los genes de Kras

2. _inestabilidad microsatelital (16)

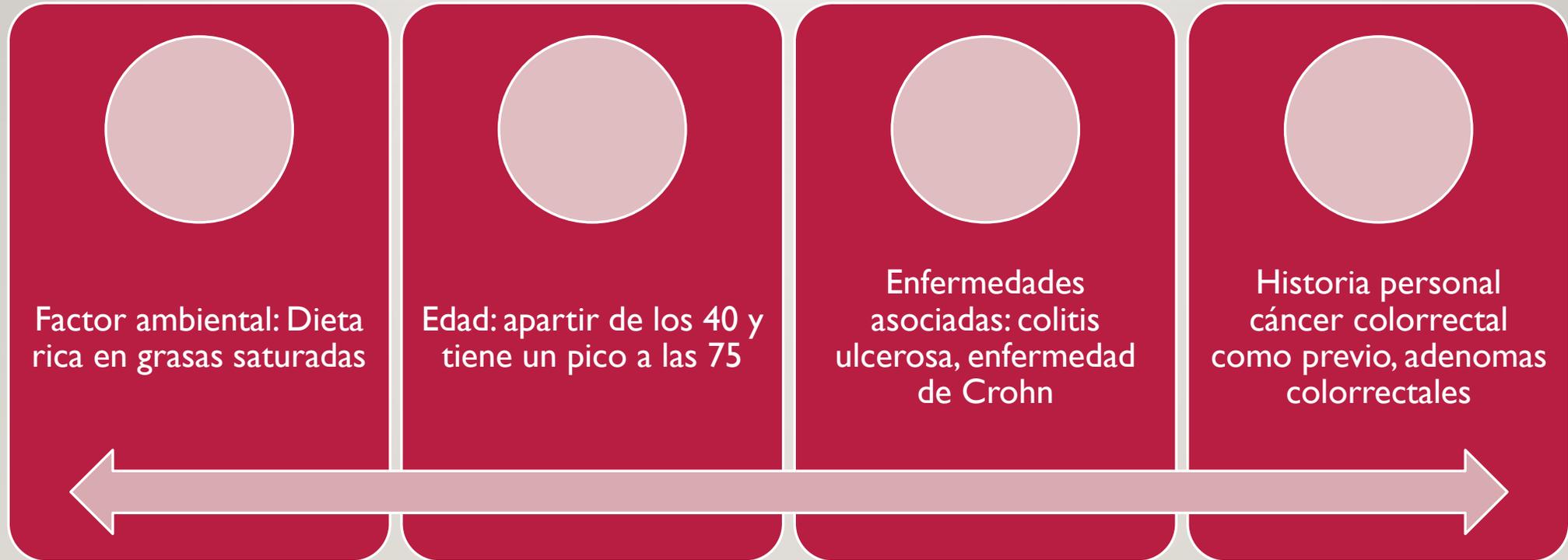
3. _neoplasia serrata (20%) mutación en el gen BRAF

ETIOLOGIA

Existen factores asociados a la disminución del riesgo a padecer cáncer colorrectal como son la actividad física terapia hormonal



FACTORES DE RIEGO



DETECCION PRECOZ DEL CANCER CLORRECTAL

Poblacion en bajo riesgo: Evitar AINE una semana antes de la prueba, evitar la ingesta de carne roja desde 3 días antes de la prueba, no se debe rehidratar

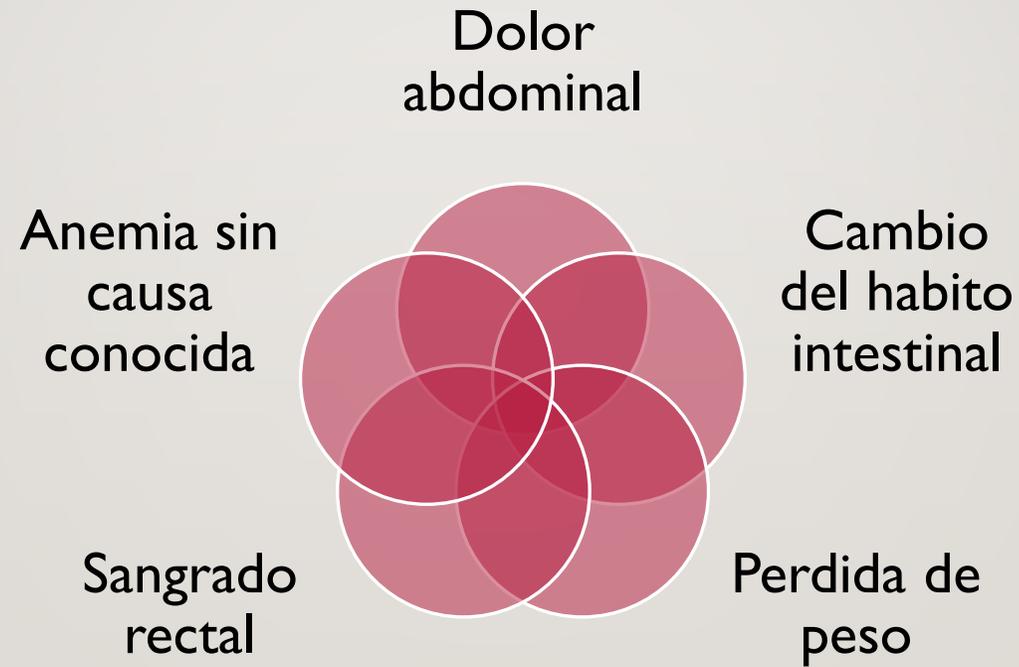
Poblacion de riesgo intermedio: Sigmoidoscopia cada 5 años, coloscopia cada 10 años, enema opaco virtual cada 5 años, coloscopia virtual cada 5 años

LOCALIZACION

El 75% de los canceres colorrectales aparecen en colon descendente

Disminucion del numero de canceres de recto, aumentado la proporción de los tumores ms proximales en el colon descendente

CLINICA



DIAGNOSTICO

Estudio de sangre oculta en heces

Pacientes mayores de 50 años

Colposcopia

COLON POR ENEMA



Figura 13.2. Imagen en "manzana mordida" típica de un cáncer de colon

COLONOSCOPIA

- Es el estudio de elección
- Todo paciente debe ser sometido a coloscopia completa
- Coloscopia virtual: Detecta pólipos y CCR

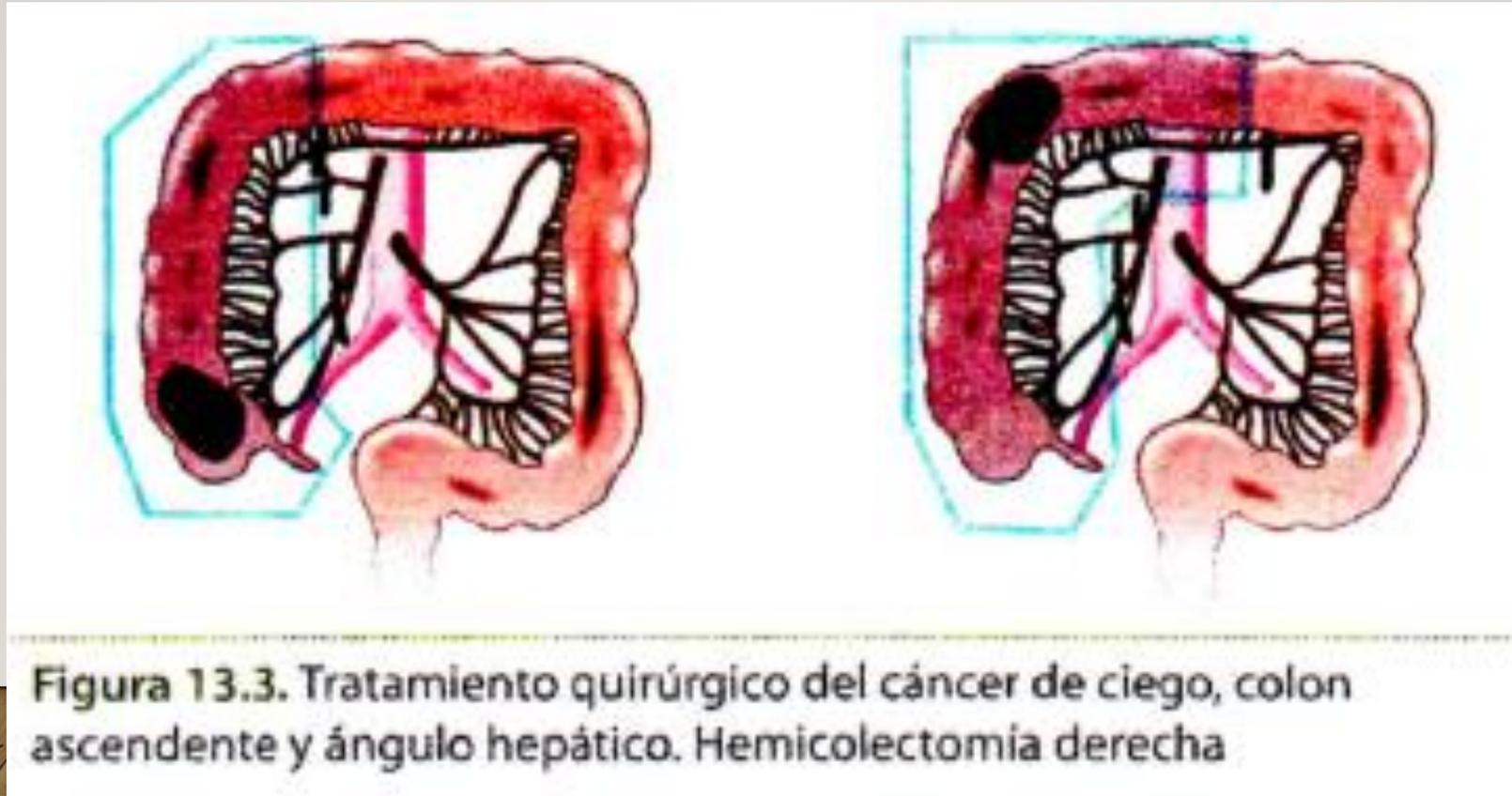
PRONOSTICO TNM

T	TX	No valorable
	T0	Sin evidencia de tumor primario
	Tis	Carcinoma <i>in situ</i>
	T1	Invasión submucosa
	T2	Invasión a muscularis propia
	T3	Invasión a tejidos pericólicas
	T4	Invasión a peritoneo visceral
N	T4a	Invasión a peritoneo visceral
	T4b	Invasión o adherencia a otros órganos o tejidos
	Nx	No valorable
	N0	Sin metástasis ganglionares
	N1a	1 ganglio
	N1b	2-3 ganglios
	N1c	Depósitos satélites en suberosa y trayecto de los ganglios mesentéricos
M	N2a	4-6 ganglios
	N2b	≥ 7 ganglios
	MX	No valorable
	M0	Sin metástasis
	M1a	Metástasis a 1 órgano o ganglio a distancia
M1b	Metástasis a > 1 órgano	
M1c	Carcinomatosis peritoneal	

Tabla 13.4. TNM de cáncer de colon

TRATAMIENTO DEL CCR ESPORADICO

- Cancer de colon: Cirugia es de eleccion



CANCER DE RECTO

Tratamiento: Control de la enfermedad y evitar recidivas locales

Estadificación locorregional de los tumores del recto:
Ecografía endorrectal. RM pélvica

Estudio de extensión: Tratar de encontrar enfermedad diseminada que modifique la estrategia terapéutica