

RADIOLOGÍA**VALORACIÓN RADIOLÓGICA DE ENFERMEDAD DIVERTICULAR**

Juan Carlos Sánchez Gaitán*

SUMMARY

Diverticula are intestinal malformation which tends to cluster in certain areas of the digestive system. Diverticulosis of the colon is frequent in developed countries and prevalence rises with age. The causes of colonic diverticula include alterations in colonic wall, resistance and dietary deficiencies. Diagnosis procedure depends of evolutive time that leads to conservative medical management or surgical treatment.

INTRODUCCIÓN

Un divertículo es una saculación

de la mucosa y submucosa a través de la muscular debido a un aumento de la presión intraluminal en combinación con debilidad de la pared^(1,3) de un tamaño aproximado de 5-10 mm⁽¹¹⁾. La enfermedad diverticular es caracterizada por numerosas saculaciones a nivel del colon^(1,9), sin causar síntomas⁽³⁾ o signos de proceso inflamatorio⁽¹³⁾ y la diverticulitis corresponde a la inflamación de la lesión propiamente dicha^(1,3).

EPIDEMIOLOGÍA

La diverticulosis del lado izquierdo es frecuente en países

occidentales^(1,2,4), menos común en Suramérica y raramente en África y Asia⁽¹⁾, sin embargo, del lado derecho es común encontrarlo en la región Asiática^(1,4,6). La mayoría de los pacientes son asintomáticos en un 70 % de los casos⁽¹¹⁾. La prevalencia de enfermedad diverticular aumenta con la edad, siendo un 10% en gente menor de 40 años⁽¹⁵⁾ hasta 50-66 % en personas mayores de 80 años^(14,15). Entre los factores de riesgo están: sexo masculino⁽¹⁰⁾, historia familiar, tabaquismo⁽⁸⁾, dieta alta en grasa^(2,6), el aumento en el consumo de azúcar refinada⁽⁹⁾ y la disminución de fibra en la

dieta diaria ⁽¹²⁾.

CLASIFICACIÓN

La enfermedad diverticular se puede clasificar atendiendo criterios clínicos según el siguiente esquema (14):

- Enfermedad asintomática.
- Enfermedad sintomática no complicada.
- Enfermedad sintomática recurrente.
- Enfermedad complicada (hemorrágica, absceso, estenosis, fistula, adherencias.)

VALORACIÓN RADIOLÓGICA RADIOGRAFÍA DE TORAX/ABDOMEN

Usualmente no muestra hallazgos específicos de enfermedad diverticular, pero el neumoperitoneo puede ser visto en 11% de los pacientes con diverticulitis aguda. La radiografía de abdomen es anormal en una 30-50 % de los pacientes siendo los hallazgos más comunes: la dilatación del intestino delgado y grueso, signos de obstrucción intestinal y cambios en los tejidos blandos que sugieran absceso ^(11,15).

ECOGRAFÍA

El ultrasonido (US) en manos de

un experto es un estudio sensible (84-98%) y específico (80-98%) para detectar diverticulitis aguda y sus complicaciones sépticas intraabdominales ⁽¹⁴⁾, sin embargo no es considerado de primera línea en el diagnóstico de diverticulosis por falta de estudios suficientes ⁽²⁾. En la diverticulitis aguda tiene las ventajas de: es accesible, no invasiva, no irradia, primera elección en pacientes jóvenes, mujeres en edad fértil y de descartar otras patologías cuando la clínica es dudosa, como en apendicitis, cólicos renales y patología ginecológica ⁽³⁾.

Para visualizar divertículos sonográficamente se recomienda la técnica compresiva abdominal descrita por Puylaert ⁽¹⁰⁾:

- Engrosamiento segmentario concéntrico de la pared colónica >4-5 mm y pérdida de la compresibilidad.
- Presencia de divertículos
- Cambios inflamatorios en los divertículos
- Inflamación de la grasa pericolónica evidentemente por aumento de la ecogenidad y grosor de la grasa lateroconal y mas tardíamente de aspecto hipoecogénico por presencia de líquido

Se describen 4 tipos de apariencias sonográficas de un divertículo inflamado según Holleweger et al ^(1,10):

- 1-Hipoecoico

- 2 - E c o g e n i c o predominantemente
- 3-Centro ecogénico con anillo periférico hipoecoico
- 4-Masa ecogénica con sombra acústica y anillo hipoecoico.

ENEMA POR CONTRASTE

Por años fue el estudio standart para la investigación de pacientes con diverticulosis, dando información sobre el numero y la localización, sin embargo no daba un pronóstico clínico claro y podía dar resultados erróneos en un tercio de los pacientes con diverticulitis. Tiene una sensibilidad de 62-94 % con falsos negativos de 2-15%, y se utiliza un medio de contraste hidrosoluble apreciándose su salida por una fistula ⁽¹⁵⁾. Ocasionalmente un divertículo puede dar apariencia de un pólipo debido a un defecto de llenado dado por heces compactadas, por lo que su diferenciación es difícil ^(5,7). El enema de bario con doble medio de contraste tiene una precisión diagnóstica similar al TAC, y debe ser usado cuanto el TAC no es un recurso disponible ⁽²⁾.

TOMOGRAFÍA COMPUTADA

En la actualidad el TC es el examen de elección en el

diagnóstico de enfermedad diverticular complicada con una sensibilidad de 93-98 % y una especificidad de 80-100% ⁽¹⁰⁾.

Los signos sugerentes son ^(10,11):

- Incremento de la densidad grasa pericolicológica.
- Engrosamiento de la pared colónica.
- Presencia de masas compatibles con flemos o abscesos.

La clasificación de Hinchey contribuye a tomar decisiones terapéuticas que pueden instaurarse tempranamente: Tratamiento médico, drenaje percutáneo o cirugía en caso de peritonitis. Evitando así una cirugía innecesaria o retraso de la misma y las complicaciones de ello derivadas ⁽³⁾.

- Estadio 0: diverticulitis leve clínica
- Estadio I: absceso pericólico.
- Estadio II: absceso en pelvis, debido a perforación local o un absceso pericólico.
- Estadio III: peritonitis generalizada debida a perforación cólica/absceso pélvico en la cavidad peritoneal.
- Estadio IV: peritonitis fecal debida a perforación del divertículo.

El TC con medio de contraste debería ser considerado estudio de primera línea para evaluar el colon en patologías complicadas y no complicada ⁽²⁾.

RESONANCIA MAGNÉTICA

El uso de RM es cuestionable porque no hay estudios suficientes publicados añadido además de su poca disponibilidad en los servicios de emergencias ⁽²⁾.

RESUMEN

Un divertículo es una malformación intestinal protruida que tiende agruparse en sectores del sistema digestivo. La diverticulosis del colon es frecuente en países desarrollados y aumenta con la edad. Entre las causas están alteraciones de la pared del colon, resistencia y deficiencias dietéticas. El procedimiento diagnóstico depende del momento evolutivo que conllevara a un manejo médico conservador o a cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boopsthy, S. Et al. High – resolution sonographic spectrum of diverticulosis, diverticulitis, and complications. J Ultrasound Med 2006, 25:75-85.
2. Cuomo, Rosario. Et al. Italian consensus conference for colonic diverticulosis a diverticular disease. United European Gastroenterology Journal 2014. Vol. 2(5) 413-442.
3. Estelles, P. Et al. Guía de actuación radiológica en diverticulitis aguda. DOI: 10.1594/seram2012/s-0416.
4. Faucheron, J. Et al. The prevalence of right-sided colonic diverticulosis and

diverticular hemorrhage. Colorectal Dis. 2013 May; 15(5):e266-70. Doi: 10.1111/codi.12137.

5. Glick, Seth. Inverted colonic diverticulum: air contrast barium findings in six cases. AJR Am J Roentgenol. 1991 May; 156(5):961-4.
6. Hoon Song, Jung. Et al. Clinical characteristics of colonic diverticulosis in Korea: a prospective study. Korean J Intern Med. 2010 Jun; 25(2):140-6.
7. Keller, Cathrine. Et al. Radiologic recognition of colonic diverticula simulating polyps. AJR Am J Roentgenol. 1984 Jul; 143(1):93-7.
8. Krones, C. Et al. The rare epidemiologic of diverticular disease and advanced colonic neoplasia. Int J Colorectal Dis. 2006 Jan; 21(1):18-24. E pub 2005 May 12.
9. Lahiri, Rajiv. Et al. A cross sectional study of colonic diverticulosis in the London Bangladeshi population. United European Gastroenterol J. 2013 Jun; 1(3):191-7.
10. Motta, Gaspar. Et al. La enfermedad diverticular colónica y el apoyo de la imagen seccional en su diagnóstico. Rev Sanid Milit Mex 2012, 66(2) Mar- Abr: 89-99.
11. Murphy, T. Et al. Diverticular disease. WGO 2007. Practice Guidelines.
12. Parra, Adolfo. Colonic diverticular disease: Pathophysiology and clinical picture. Digestion. 2006; 73 Suppl 1:47-57.
13. Pedrosa, Cesar. Diagnóstico por imagen. 1987. Decimo cuarta impresión. Editorial Mc –Graw Hill Interamericana. Pag 339.
14. Rodríguez, M. et al. Enfermedad diverticular: revisión histórica y estado actual. Cir Esp 2001, 70: 253-260.
15. Stollman, Neil. Et al. Diverticular disease of the colon. Lancet. 2004 Feb 21;363(9409):631-9