
Divertículos y pseudodivertículos del tubo digestivo: a 54 años de la primera revisión

Diverticulum and pseudo-diverticula of digestive tract: 54 years of the first revision

Bárbaro Agustín Armas-Pérez ^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-3109-7231>

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Hospital Universitario Amalia Simoni. Servicio de Cirugía. Camagüey, Cuba.

*Autor para la correspondencia (email): baap.cmw@infomed.sld.cu

Recibido: 03/11/2019

Aprobado: 25/11/2019

Ronda: 1

Estimado Director:

Recién iniciado el curso académico 1965-66 del pasado siglo en la Escuela de Medicina de la Universidad de La Habana se convocó el primer encuentro de Estudiantes de Medicina (EDEME), por sus siglas, la convocatoria tenía carácter nacional y el encuentro se efectuaría en la ciudad de Santiago de Cuba, por entonces la segunda plaza docente en Ciencias Médicas del país; al grupo que pertenecía el autor se le asignó revisar el tema bibliográfico: divertículos (D) del tractus digestivo lo cual se realizó y fue presentado en el citado conclave. El manuscrito original de hace 54 años se conserva y se tiene hoy el propósito de referirse a él y comentarlo a la luz de los conocimientos actuales; aquellos estudiantes iniciaban el segundo año de la carrera y aún no conocían las asignaturas clínicas, era poco lo que sabían de este y otros temas de salud y tuvieron que hacer un gran esfuerzo. Muchas de estas acotaciones son de la época, otras más recientes.

El D es la formación de una bolsa mucosa o evaginación a través de la capa muscular del órgano donde asienta y que sobresale de la estructura tubular muchas veces y según su origen, a través del orificio o punto débil que da paso a los vasos sanguíneos y por lo común no va a necesitar de cirugía; en cuanto a su clasificación es diversa, pueden ser:

I, por su origen: a) congénito y b) adquirido; II, por las capas que constituyen su pared: a) verdadero, conservan todas las capas y b) falso, o pseudodivertículo, conformado solo por mucosa; III, por el lugar donde asienta: a) esófago, b) gástrico, c) duodeno, d) yeyuno, e) ileal y f) colónico; pueden clasificarse además en; IV, por la localización: a) proximales, b) mediales y c) distales, los más

frecuentes; V, por la relación al mecanismo de producción serán: a) pulsión, b) tracción y c) pulsión/tracción (raros) y VI, por el cuadro clínico pueden ser: a) asintomáticos (70 %) y b) sintomáticos. Desde la descripción inicial del francés Jean Cruveilhier en 1849, su diagnóstico se hizo habitual en Occidente; más aún a partir de la Primera Guerra Mundial cuando surge el colon por enema diagnóstico a los rayos X. ^(1,2,3,4)

La diverticulosis es la presencia de D en un órgano afectado del tractus o tubo digestivo, al respecto se señalan algunos aspectos. Esofágico: estos pueden a su vez ser: a) altos: faríngeo o de Zenker (DZ), que es el más frecuente y su origen es por pulsión muestra un saco posterior cricofaríngeo y es muy probable que se forme por la no coordinación entre la propulsión faríngea y la relajación cricofaríngea a nivel del triángulo de Killian situado entre los músculos constrictor inferior de la faringe con orientación oblicua y el cricofaríngeo más transversal.

Durante la deglución hay una mayor presión hipofaríngea y menos resistencia en la pared posterior de la misma lo que puede ser un importante factor en su génesis; b) medios: por tracción debido a lesión inflamatoria mediastinal o bien secundario a trastornos de la motilidad, se han denominado también de la bifurcación en relación a la tráquea; c) bajos: que son los divertículos epifrénicos, justo sobre el diafragma que suelen acompañar a trastornos de la motilidad como acalacia y el espasmo difuso. No es aceptado por todos el D funcional por relajación de la pared del órgano. Los D por tracción son verdaderos; por pulsión son cricofaríngeos y los epifrénicos cuando estos son por tracción, están formados por toda la pared y además son transversos. Por su clínica en el DZ entra el alimento y provocará regurgitación en la medida que va creciendo y cuando la persona se acuesta o agacha, se facilita la neumonitis aspirativa; los otros apenas dan síntomas. ^(2,3,5)

Se cita la pseudodiverticulosis intramural del esófago como condición benigna e infrecuente, donde se identifican pseudodivertículos múltiples, pequeños de dos a cinco milímetros y de cuello angosto, dentro de la pared y distribuidos de forma difusa; ocurre en todas las edades pero más común entre la sexta y séptima década, con predominio en varones y asociado a otra sintomatología del esófago; son ductos excretores dilatados de glándulas submucosas profundas obstruidas por epitelio decamado, restos inflamatorios, infecciosos o fibrosis submucosa. ⁽²⁾

Gástrico: son infrecuentes aparecen luego de la quinta y sexta década de la vida con incidencia igual en ambos sexos; los congénitos y verdaderos son los más comunes y de ellos el 70 % se encuentran en pared posterior del *fundus* en un nivel inferior al cardias donde suele ser muy difícil diferenciarlo de una lesión focal quística de la glándula suprarrenal izquierda. ^(2,3,6)

Duodenal: aparecen hasta en el 25 % de personas, la mayoría asintomáticos, solitarios y en segunda porción duodenal (periampular), con prevalencia entre 0,1 y 2,6 % en serie de autopsia. Es cinco veces más frecuente que el de yeyuno y el íleon e igual incidencia en ambos sexos: se ven después de los 50 años no queda clara su relación a la colelitiasis y pancreatitis aguda. Las más usuales complicaciones son: inflamación, sangrado, perforación y obstrucción intestinal; aunque inusual, puede dar obstrucción biliopancreática. La mayoría de los D falsos son solitarios y localizados en cara interna del duodeno. ^(1,3,6)

Yeyunal: solo aparecen en el 0,26 % de la población, sobre todo si coexisten trastornos de motilidad intestinal; como el D duodenal suele ser asintomático en más del 90 % de casos y también un hallazgo es rara su complicación. ^(3,6)

Ileal: junto al yeyunal son menos frecuentes que en duodeno, el D de Meckel (DM) es la alteración congénita más frecuente del tubo digestivo y remanente del conducto onfalomesentérico, es un D solitario, verdadero y casi siempre es asintomático, solo el 15-50 % darán síntomas como: sangrado, inflamación, perforación inflamatoria o por cuerpo extraño e íleo intestinal. Cuando el DM da un cuadro clínico inflamatorio se asemeja mucho a la apendicitis aguda. Los yeyunales e ileales se corresponden con el 1 % de los D del intestino delgado y localizados en el borde mesentérico del asa, ocasionan a veces íleo mecánico incompleto, perforación, sangrado y síndrome del asa ciega. ^(1,3,6,7)

Colónico: los más frecuentes del tubo digestivo, en este caso en sigmoides; raros por debajo del receso peritoneal del recto; de tamaño variable, uno de cada tres sujetos mayores de 65 años lo padecen y todos los mayores de 90 también, sobre todo si son constipados y consumen una dieta impropia, seca, escasa en fibra y semillas y que atraen poco líquido a su interior, además si el colon está segmentado por alimentos irritantes o por estrés mantenido todo esto aumenta la presión dentro de la luz y aparecen las complicaciones como: diverticulitis, absceso, perforación, fístulas, plastrón, íleo y también con el paso del tiempo, estenosis benigna y maligna; el sangrado es en los D del colon la complicación más frecuente cuyo origen se presta a confusión. Se ha dicho que la diverticulosis sangra y la diverticulitis da cuadros inflamatorios. El D cecal es infrecuente, puede ser congénito o adquirido y se puede inflamar, debe ser descartado al diferenciar el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda, recordar que en el apéndice cecal se presentan divertículos aunque infrecuentes. ^(3,6,8,9)

Hoy día se señala que la diverticulitis es también causa de sangrado porque se inflama la mucosa y pared del divertículo y lesiona el vaso que sangra a nivel del cuello; sin embargo, parece más lógica la teoría clásica aceptada donde el D por pulsión crece y elonga la mucosa y submucosa herniada a través de los puntos débiles de la pared en el sitio donde los vasos rectos penetran la capa muscular circular del colon, a esto se suma el aumento de presión intraluminal en los segmentos cólicos con menor diámetro como sigmoides y reafirma la ley de Laplace (1749-1827): la tensión en la pared del cilindro es inversamente proporcional al radio multiplicado por la presión dentro del cilindro. ^(1,2,8,9)

La actual teoría que plantea a la fibra vegetal como agente protector contra los D y la diverticulitis sostiene que esta fibra insoluble en agua, provocará la formación de heces abultadas que disminuye la efectividad en la segmentación colónica. El resultado general es que la presión intracólica se mantiene cerca del rango normal durante la peristalsis. Esto puede sustentar lo infrecuente de los D en vegetarianos. ^(8,9)

En resumen: a) los D más frecuentes del tubo digestivo son del lado izquierdo (sigmoides) y raros por debajo del receso peritoneal rectal en el lado derecho causan más de la mitad de los episodios de sangrado. Uno de cada tres sujetos mayores de 65 años y todos los mayores de 90 lo padecen; b) el DM suele ser asintomático si no se complica; c) los falsos suelen ser solitarios y ubicados la mayoría de las veces en la cara interna del duodeno y no suelen dar síntomas. Los yeyunales e ileales se

corresponden al 1 % en el intestino delgado y se localizan en el borde mesentérico del asa; d) los D congénitos son solitarios y verdaderos, casi nunca dan síntomas. Solo del 3 al 15 % provocan episodios de sangrado; e) más del 75 % de los que sangran ceden de forma espontánea, cerca del 10 % vuelven a sangrar antes del año, el 50 % re sangran en un plazo de 10 años; f) no siempre necesitarán de cirugía, g) son infrecuentes en personas vegetarianas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mederos Curbelo ON, Soler Vaillant R, Miñoso Andino J. Divertículos del intestino delgado: divertículo de Meeckel. En: Soler Vaillant R, Mederos Curbelo ON, editores. Cirugía. Afecciones quirúrgicas frecuentes. La Habana: ECIMED; 2018. p. 310-7.
2. Zuluaga A, Ochoa J, Bustamante S, Gutiérrez C, Zuluaga N. Divertículos y pseudodivertículos del tractus digestive superior: hallazgos por Tomografía Computarizada Multidetector (TCMD): serie de casos. Rev Colomb Radiol [Internet]. 2015 [citado 20 Abr 2021];26(1):4139-44. Disponible en: https://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/2015/junio/colombia/diverticulos_esp.pdf
3. Tavakkoli A, Ashley SW. Hemorragia digestiva aguda. En: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, editores. Tratado de Cirugía. Fundamentos biológicos en la práctica quirúrgica moderna. 20 ed. Barcelona: Elsevier España, SL; 2017. p. 1160-81.
4. Zaninotto G. Tratamiento actual del divertículo de Zenker. Cir Esp. 2012;90(4): 213-4. DOI: 10.1016/j.ciresp.2012.02.009
5. Barbalace NM. Manejo Actual de la Enfermedad Diverticular Aguda del Colon. Rev Argent Coloproct [Internet]. 2017 [citado 20 Abr 2021];28(2):181-91. Disponible en: <https://www.sacp.org.ar/revista/index.php/24-numeros-anteriores/volumen-28-numero-2/185-manejo-actual-de-la-enfermedad-diverticular-aguda-del-colon>
6. Kountz SL. Cirugía: 1603 preguntas con respuestas comentarios y referencias. La Habana: Editorial Científica Técnica; 1988.
7. González Aguilar JA, Cué Toledo O, Sánchez Portela CA. Cuerpo extraño en intestino delgado. Rev Cub Cir [Internet]. 2019 [citado 20 Abr 2021];58(2):648. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932019000200011
8. Martínez Jaramillo CE. Manejo de la enfermedad diverticular del colon: El papel de la cirugía. Rev Col Gastroenterol [Internet]. 2010 [citado 20 Abr 2021];25(4):362-6. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v25n4/v25n4a07.pdf>
9. Medina Fernández FJ, Díaz Jiménez N, Gallardo Herrera AB, Gómez Luque I, Garcilazo Arsimendi DJ, Gómez Barbadillo J. Nuevas tendencias en el manejo de la diverticulitis y la enfermedad diverticular del colon. Rev Esp Enferm Dig [Internet]. 2015 [citado 20 Abr 2021];107(3):162-70. Disponibles en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082015000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

CONFLICTOS DE INTERESES

El autor declara que no existen conflictos de intereses.