

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

HISTORIAS CLINICAS

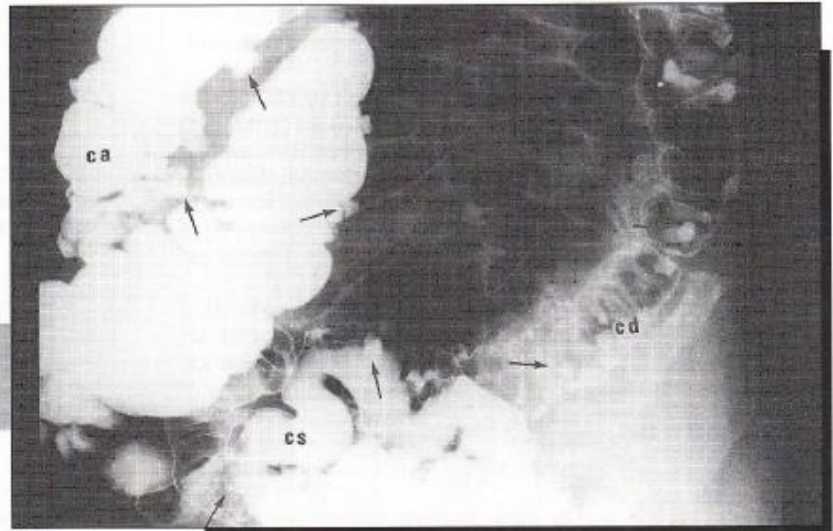
Dr. Fernando Blumel Araya
Becario Departamento de Radiología

Dr. Jaime Vidal Heusler
Profesor Auxiliar de Radiología
Departamento de Radiología

Editor: Cristián García Bruce
Profesor Auxiliar de Radiología
Departamento de Radiología.

CASO N° 1

Mujer de 65 años con larga historia de constipación que presenta dolor abdominal difuso leve y meteorismo durante los últimos tres meses. La Figura 1 corresponde a una proyección oblicua anterior izquierda de una enema baritada de colon de esta paciente; CA: colon ascendente; CS: colon sigmoides; CD: colon descendente.



CASO N° 2

Hombre de 60 años que presenta estitiquez desde hace 4 meses, baja de peso no cuantificada y rectorragia. Se efectuó una enema baritada de colon con técnica de doble contraste. La Figura 2-A corresponde a una radiografía localizada del colon sigmoides y la Figura 2-B a un acercamiento de la misma. CS: colon sigmoides; CD: colon descendente.

Figura 2-A

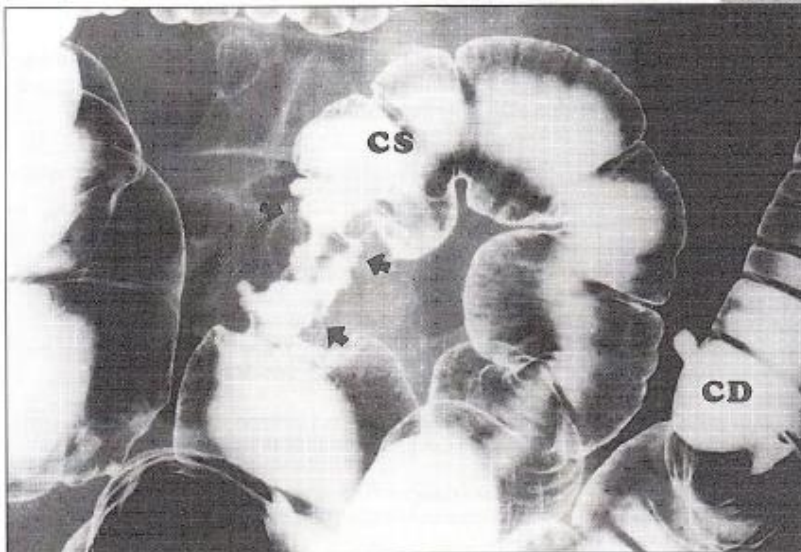
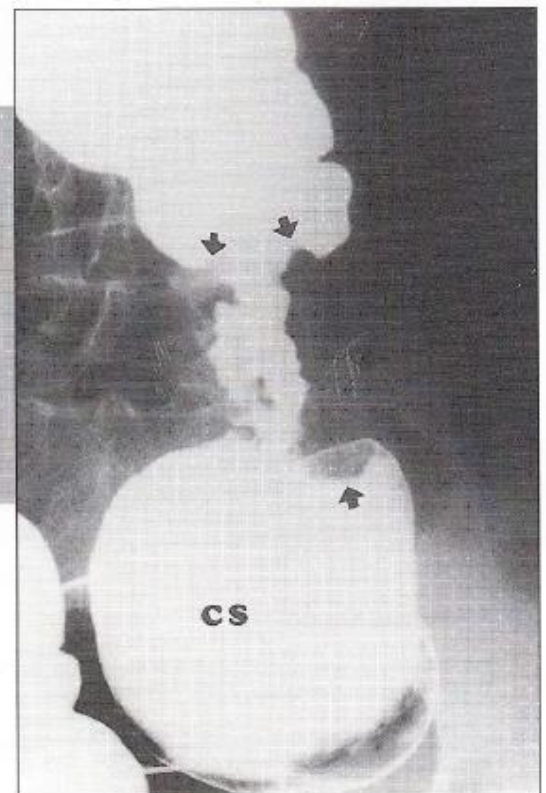


Figura 2-B



RESPUESTAS

CASO N° 1

Diagnóstico: Enfermedad diverticular del colon

Hallazgos radiológicos: La enema baritada de colon muestra múltiples imágenes diverticulares que comprometen el colon en forma difusa (flechas), características de la enfermedad diverticular.

Discusión: La enfermedad diverticular del colon se caracteriza por la presencia de múltiples formaciones diverticulares de número y tamaño variables, que se localizan con mayor frecuencia en el colon sigmoides, pero pueden comprometer además cualquier segmento del intestino grueso. Corresponden a herniación de la mucosa y muscular de la mucosa a través de puntos débiles de la capa muscular del colon, siendo, por lo tanto, lesiones adquiridas.

Clínicamente se pueden manifestar con dolor abdominal y estitíquez. Su incidencia aumenta con la edad; alrededor de un 80% de los casos se encuentra en pacientes mayores de 60 años y son muy raros en menores de 30 años.

Su complicación más frecuente es la diverticulitis, que puede presentarse clínicamente con el cuadro clínico de abdomen agudo.

Corresponde a la inflamación local de uno o más divertículos y se puede acompañar de abscesos, perforación intestinal, hemorragia o desarrollo de fístulas. La enfermedad diverticular del colon puede coexistir con el cáncer de colon en alrededor de 10% de los casos.

La enema baritada de colon es el examen diagnóstico de elección para estos casos. Además de demostrar las imágenes diverticulares, puede revelar rigidez, espasmo y disminución de calibre de los segmentos más comprometidos del colon. En casos de diverticulitis puede verse, además, extravasación de contraste o áreas de estenosis.

La tomografía axial computada de abdomen es también de utilidad en el diagnóstico de diverticulitis, donde alcanza un rendimiento diagnóstico cercano al 65%.

REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Marshak R. Diverticular disease. En: Meyers M: Radiology of the colon. W.B. Saunders Company, 1980; 401-466.
2. Margulis A. Divertículos. En: Shunyder P: Radiología del aparato digestivo. Editorial Médica Panamericana, 1991; 783-799.

CASO N° 2

Diagnóstico: Cáncer de colon sigmoides

Hallazgos radiológicos: La Figura 2-A muestra una lesión infiltrativa y estenosante del colon sigmoides, de contornos irregulares (flechas). En la Figura 2-B se observa el efecto de masa de esta lesión en sus extremos (flechas), que determina el aspecto característico en «manzana mordida» de la masa tumoral maligna.

Discusión: De acuerdo a estadísticas del Ministerio de Salud de 1986, el cáncer de colon causa en Chile el 3,7% de las defunciones por tumores malignos en el adulto y constituye la séptima causa de muerte en varones y la sexta en mujeres.

Si bien la causa del cáncer de colon es desconocida, existe una clara asociación estadística de esta enfermedad con entidades como poliposis familiar, colitis ulcerosa y adenoma vellosa, que hacen que este cáncer se desarrolle precozmente. Existen además factores ambientales, hereditarios y dietéticos que influyen en su desarrollo.

El 75% de los casos se localiza en el recto y colon sigmoides, y el resto se distribuye en igual porcentaje en ciego, colon ascendente, descendente y transversa. Un 5% se presenta con dos o más focos de cáncer en forma sincrónica.

El adenocarcinoma representa el tipo histológico más común y se manifiesta como una lesión de alrededor de 5-6 cm de diámetro en el momento del examen, de bordes irregulares, sobrelevantados, con una zona de transición abrupta con la mucosa normal. Este aspecto macroscópico lo presenta el carcinoma de tipo anular constrictivo, que corresponde a la forma más frecuente. También puede presentarse como un tumor vegetante, infiltrante o ulcerado.

El diagnóstico se realiza por medio de enema baritada de colon, endoscopia digestiva baja y biopsia.

Su tratamiento y pronóstico dependen del momento en que se haga el diagnóstico, específicamente del grado de diseminación local y a distancia de la enfermedad.

REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Marshak R. Carcinoma of the colon. En: Marshak R: Radiology of the colon. W.B. Saunders Company, 1980; 281-308.
2. Mayer R. Carcinoma of the colon. En: Harrison's Principles of internal medicine. International Edition, 1991; 1289-1295.
3. Margulis A. Neoplasias malignas del colon. En: Dodd G: Radiología del aparato digestivo. Editorial Médica Panamericana, 1991; 872-898.