

¿CÓMO SANGRAN LOS DIVERTÍCULOS COLÓNICOS?

Dr. Ricardo A. Paz

La diverticulosis colónica es una anomalía adquirida cuya frecuencia después de los 40 años es muy elevada, con variaciones regionales. En Australia se observó en el 45% de los casos de una serie de 200 autopsias¹.

La mayor parte de las veces es asintomática, pero alrededor del 10% de los pacientes tienen manifestaciones clínicas y de ellos el 10% son quirúrgicos¹. Las complicaciones más comunes son la hemorragia, la inflamación y la perforación. Las hemorragias pueden ser masivas y se producen en divertículos sin alteraciones inflamatorias significativas. El mecanismo por el cual sangran suele ser difícil de establecer con certeza porque la mayoría de las veces, en el estudio de los segmentos de colon resecados por diverticulosis sangrante, no es posible detectar el divertículo a partir del cual se produjo la hemorragia.

En 1976, Meyers et al.^{2,3} trataron de explicar la patogenia de la hemorragia diverticular mediante un estudio en el cual llegaron a la conclusión de que la misma se debía a ruptura de un vaso recto hacia la luz diverticular. La capa media de esos vasos estaba adelgazada en forma excéntrica y hacia la luz. Es frecuente observar esclerosis de la íntima y reduplicación de la elástica de las arterias rectas que transcurren por el fondo y las paredes laterales del saco diverticular. A partir de esos trabajos no hemos encontrado nuevas publicaciones proponiendo otros mecanismos para explicar las hemorragias diverticulares. Sin duda la explicación ofrecida por Meyers et al. parecería ser la más frecuente y nosotros hemos observado exactamente las mismas alteraciones que ellos describen en algunas de las resecciones de colon con diverticulosis sangrante (fig. 1). Sin embargo, también hemos observado un caso que se describe a continuación, en el que el mecanismo parece haber sido diferente y que tiene rasgos morfológicos

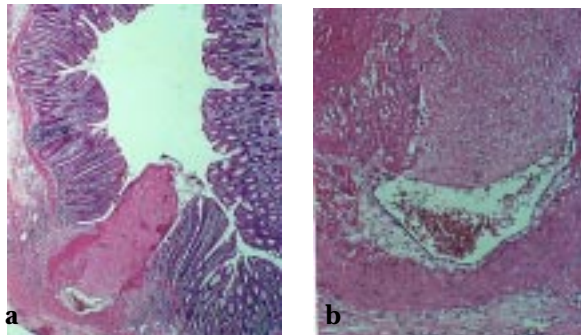


Figura 1. a) Trombo fibrino-plaquetario ocluyendo la ruptura de una arteria recta en el fondo de un divertículo (HyE X 2,5) b) detalle a mayor aumento (X 10).

Servicio de Patología
Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545 (7600) Mar del Plata

del tipo de los que se observan en la gastritis hemorrágica.

HISTORIA CLÍNICA

Un varón de 47 años ingresó al hospital por hemorragia digestiva baja y permaneció compensado hasta el segundo día de internación durante el cual presentó una hemorragia masiva del colon que fue localizada, mediante el estudio gammagráfico, en el colon derecho.

Ver en este número el trabajo de los Dres. Tomasello y Varela, pag. 8.

Se realizó una hemicolectomía derecha y el paciente se recuperó y fue dado de alta a los pocos días de la operación. La pieza de resección mostró numerosos divertículos en el colon ascendente y uno de ellos tenía el orificio de apertura hacia la luz colónica que medía 1 cm de diámetro y presentaba un collar rojizo en la mucosa que recubría todo el borde del orificio de entrada a la cavidad diverticular. El resto del divertículo carecía de anomalías macroscópicas y se incluyó en parafina la totalidad del mismo. Los cortes histológicos no mostraron lesiones en los vasos rectos ni en la mucosa de la cavidad diverticular. En el cuello rojizo se observó hemorragia reciente de la lámina propia sin inflamación u otras alteraciones significativas (fig. 3). Dichos hallazgos son similares a los que se describen en la llamada gastritis hemorrágica. Si bien se ignora la causa de esta particular alteración, se considera que puede agregarse a los mecanismos que explican la hemorragia en los divertículos colónicos.

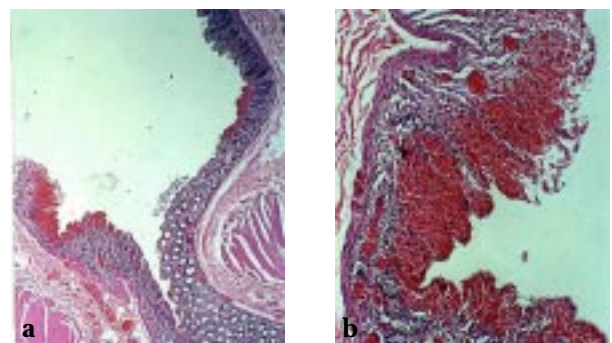


Figura 2. a) Hemorragia intersticial en el cuello del divertículo sangrante (HyE X 2,5), b) detalle a mayor aumento (X 10).

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Ackerman's *Surgical Pathology*. 8a Edición/J Rosai, Mosby 1995:732
- 2) Meyers M, Alonso D, Gray G, Baer J. Pathogenesis of bleeding colonic diverticulosis. *Gastroenterology* 1976;71:577-83
- 3) Meyers M, Alonso D, Baer J. Pathogenesis of massively bleeding colonic diverticulosis: New observations. *AJR* 1976;127:901-8